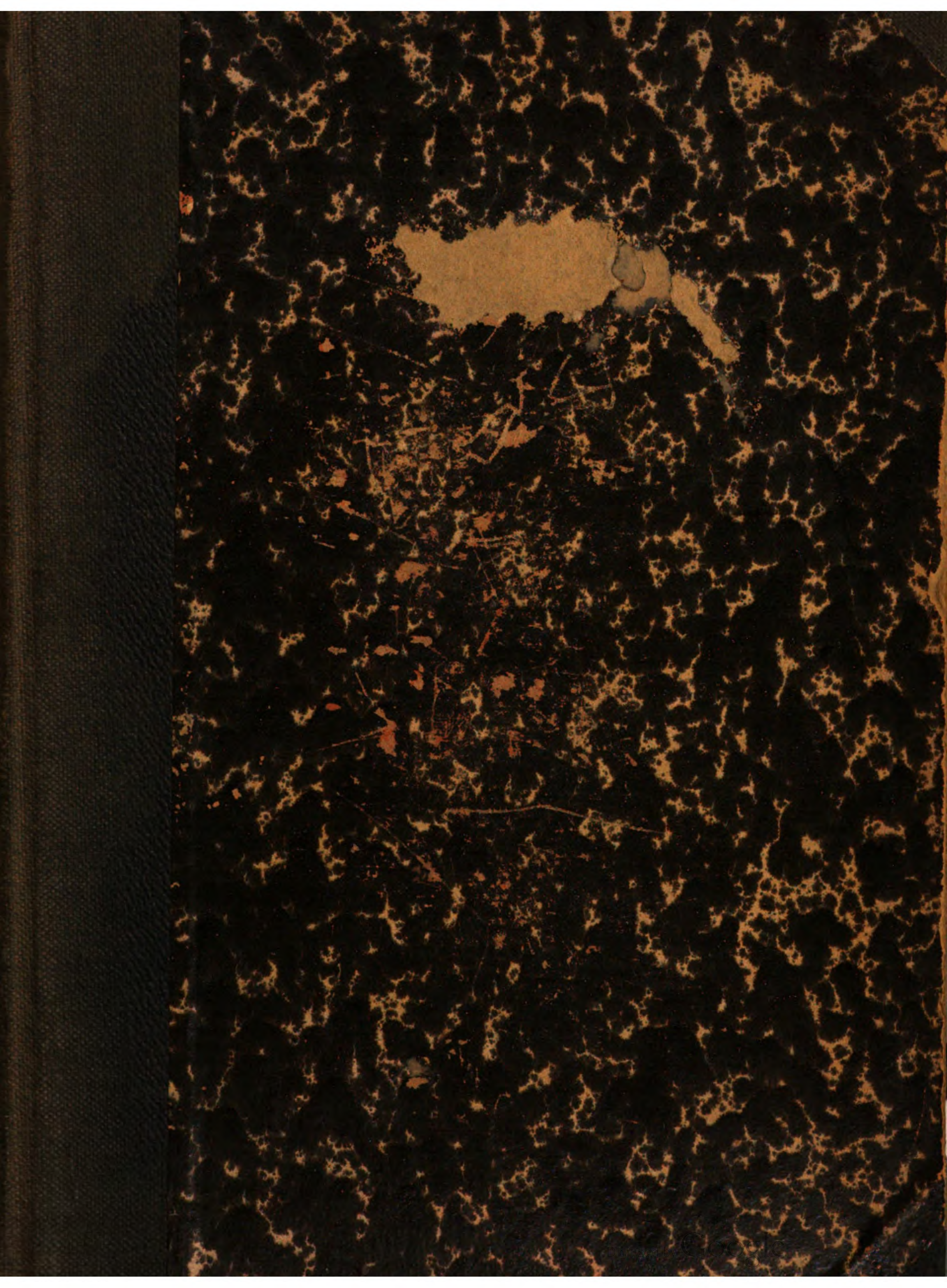


Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin,
F. König, in Berlin,
E. Richter, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.
1901.

Originalmittheilungen.

Aglinzeff, K. D., Dr. (St. Petersburg). — Noch ein Wiederbelebungsversuch nach Prus-Maag. No. 21. p. 549.
Bade, P., Dr. (Hannover). — Zur Behandlung schwerer Skoliosen. No. 10. p. 265.
Bähr, F. (Hannover). — Zur Anlegung von Frakturverbänden. No. 12. p. 321.
—— Luxatio intercarpalis. No. 18. p. 477.
Bălăcescu, Dr. (Bukarest). — Sofortige Cystorrhaphie nach der Sectio alta (suprapubica). No. 25. p. 633.
Bayer, C., Prof. (Prag). — Eine Vereinfachung der plastischen Achillotomie. No. 2. p. 37.
—— Akuter intraperitonealer Erguss — ein Frühsymptom innerer Einklemmung. No. 17. p. 460.
—— Ergänzung zu der Mittheilung von Prof. Witzel in No. 40. d. Bl. No. 44. p. 1078.
Becker, E., Dr. (Hildesheim). — Zur Äthernarkose. No. 22. p. 561.
Bergmann, Dr. (Sulzbach-Saar). — Darmblutung nach Reposition incarcerirter Hernien. No. 27. p. 694.
Braun, L., Dr. (Neubrunn). — Atropin vor der Äthernarkose? No. 17. p. 441.
Bruns, C., Dr. (Barmen). — Über Behandlung und Verhütung arthrogener Kontrakturen im Kniegelenke. No. 6. p. 159.
Bum, A., Dr. (Wien). — Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Stauung auf die Entwicklung des Knochencallus. No. 47. p. 1153.
Casper, L. (Berlin). — Die Verwerthung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie. No. 44. p. 1073.
Chlumský, V., Dr. (Krakau). — Ein resorbirbarer Darmknopf aus Magnesium. No. 15. p. 393.
Colley, F. (Insterburg). — Ein Versuch, die Behandlung der Pseudarthrose zu vereinfachen. No. 26. p. 657.
Deutschländer, C., Dr. (Hamburg). — Perimetrische Buckelmessung. No. 43. p. 1049.
v. Fedoroff, S. (Moskau). — Ein kleiner Kniff zur Technik des Ureterenkatheterismus. No. 12. p. 332.
Flockemann, A., Dr. (Hamburg-Eppendorf). — Die Grenze der Pupillenreaktion gegen Licht in der Chloroformnarkose, ein einfacher Anhaltspunkt zur Erreichung des Mindestverbrauches von Chloroform. No. 21. p. 537.
de Francisco, G., Dr. (Palermo). — Über die Verwendung des Golddrahtes und einiger neuer Instrumente bei der Radikaloperation der Hernien. No. 36. p. 881.
Franke, F., Dr. (Braunschweig). — Das Benzin in der Chirurgie. No. 11. p. 300.
—— Circulus vitiosus mit tödlichem Ausgange nach Gastroenterostomie trotz Enteroanastomosis. No. 13. p. 357.
Gönczy von Biste, Béla, Dr. (Esztergom). — Heilung eines Falles totaler Radialislähmung durch Sehnenplastik. No. 18. p. 475.

Goldberg, B., Dr. (Wildungen). — Cystoskopische Erfahrungen. No. 30. p. 753.
Grosse, Dr. (Stuttgart). — Trachealknorpeldefekt und Silberdrahtnetzdeckung. No. 45. p. 1110.
v. Gubaroff, A., Prof. (Moskau). — Über ein Verfahren zur Restitution des durchschnittenen Ureters vermittels direkter Vernähung desselben. No. 5. p. 121.
Gückel, E., Dr. (Karabulak). — Ein Fall von Druckstauung. No. 11. p. 312.
Hammesfahr, A., Dr. (Bonn). — Eine neue Art der Nahtführung zur sicheren Wiedervereinigung der Recti bei medianen Bauchnarbenbrüchen. No. 10. p. 267.
—— Die extraperitoneale Radikaloperation medianer Bauch- und Bauchnarbenbrüche. No. 38. p. 929.
Herbing, Dr. (Stettin). — Prolaps eines Diverticulum ilei in Folge von Nichtobliteration des Ductus omphalo-mesaraicus. No. 48. p. 1193.
Henle, A., Prof. Dr. (Breslau). — Ein Kurzschlussunterbrecher für die Zwecke der Endoskopie. No. 34. p. 833.
—— Zur Technik der Sondirung schwer permeabler Speiseröhrenverengerungen. No. 34. p. 836.
Hermann, M. W., Dr. (Lemberg). — Über das Sterilisiren der Seidenkatheter. No. 3. p. 63.
—— Zur Technik der Skolikoidektomie. No. 42. p. 1028.
Hofmann, C., Dr. (Bonn). — Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmäßiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose? No. 3. p. 57.
—— Die Beleuchtung und Besichtigung der Speiseröhre mittels Ösophagoskops von der Cardia aus; retrograde Ösophagoskopie. No. 29. p. 729.
Huschenbett, Dr. (Eschwege). — Über eine verbesserte Methode von Gehverbänden bei Ober- und Unterschenkelbrüchen. No. 24. p. 609.
Jaffé, M., Dr. (Posen). — Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes im freien Intervall. No. 31. p. 777.
Kaefer, N., Dr. (Odessa). — Zur Behandlung der Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen. No. 1. p. 1.
Katzenstein, M., Dr. — Die instrumentale Anlegung der Ligaturen. No. 23. p. 597.
Kausch, W., Dr. (Breslau). — Cucullarisdefekt als Ursache des kongenitalen Hochstandes der Scapula. No. 22. p. 564.
Kelling, G., Dr. (Dresden). — Becken-Hängelage bei horizontalem Rumpf für Operationen in der Nähe des Zwerchfells. No. 42. p. 1025.
Kellner, Dr. (Hamburg-Eppendorf). — Ein Fall von Trichosis lumbalis mit Spina bifida occulta. No. 22. p. 575.
Kolaczek, Prof. (Breslau). — Zur Behandlung der Schrägbrüche des Unterschenkels. No. 14. p. 379.
Kölliker, T., Prof. (Leipzig). — Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt. No. 31. p. 792.
Kramer, W., Dr. (Glogau). — Zur Behandlung der irreponiblen Unterkieferverrenkung. No. 14. p. 369.
—— Zur chirurgischen Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen. No. 37. p. 905.
Kronacher, Dr. (München). — Die koupirte Äthernarkose. No. 19. p. 489.
Kuhn, F., Dr. (Kassel). — Tüll bei der Transplantation. No. 24. p. 613.
—— Die perorale Intubation. No. 52. p. 1281.
Langemak, O., Dr. (Rostock). — Ein Gipsfenstersucher. No. 20. p. 531.
Lauenstein, C., Dr. (Hamburg). — Zur Beurtheilung der inneren Weichtheilverletzungen des Kniegelenkes und der Quelle der Blutung bei Haemarthros genu. No. 6. p. 153.
—— Das Vorziehen der Sehnen vor ihrer Abtragung, eine gelegentliche Ursache der Sehnenscheidenphlegmone bei Fingeramputationen wegen Verletzung. No. 41. p. 1001.
—— Ein Recidiv nach der Winkelmann'schen Radikaloperation der Hydrocele. No. 46. p. 1140.



Lennander, K. G., Prof. (Upsala). — Über die Sensibilität der Bauchhöhle und über lokale u. allgemeine Anästhesie bei Bruch- u. Bauchoperationen. No. 8. p. 209.

Ludloff, K., Dr. (Königsberg). — Hilfsmittel zur Demonstration und zum Studium der Röntgenplatten. No. 11. p. 298.

Lympius, Dr. (Kaiserswerth). — Zur chirurgischen Behandlung der chronischen Colitis. No. 30. p. 774.

Mariani, C., Dr. (Massa Marittima, Italien). — Fernere Ergebnisse der beiderseitigen Resektion des Halssympathicus bei 9 Kranken mit gewöhnlicher Epilepsie. No. 41. p. 1001.

Martin, E., Dr. (Köln). — Zur Epityphlitisoperation im freien Intervall. Enteroanastomose. No. 39. p. 953.

Marx, H., Dr. (Lübbecke i/W.). — Chinin als Stypticum und Antisepticum. No. 45. p. 1097.

Merkens, W., Dr. (Moabit-Berlin). — Zur retrograden Bougirung des Ösophagus. No. 37. p. 926.

Miwa, Y., Dr. (Chiba, Japan). — Über einen Fall von Pneumatosis cystoides intestinorum hominis. No. 16. p. 427.

Moszkowicz, L., Dr. (Wien). — Ein Apparat für Schleich'sche Infiltrationsanästhesie. No. 19. p. 492.

Müller, P., Dr. (Dresden). — Zur Topographie des Processus vermiformis. No. 27. p. 681.

—— **W.,** Prof. (Aachen). — Die Pseudarthrose des Nagelgliedes. No. 9. p. 250.

Muus, N., Dr. (Kopenhagen). — Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt. No. 42. p. 1037.

Maag, H. (Nästred i/Dänemark). — Ein Versuch der Wiederbelebung (ad modum Prus) eines in Chloroformnarkose gestorbenen Mannes. No. 1. p. 20.

Neugebauer, F., Dr. (Mährisch-Ostrau). — Ein neues Verfahren der Doppellappenbildung für Wangenplastik. No. 3. p. 61.

Payr, E., Dr. (Graz). — Zur Anwendung der Gigli'schen Drahtsäge bei Knochenoperationen am Schädel. No. 15. p. 405.

—— Zur Verwendung des Magnesiums für resorbirbare Darmknöpfe und andere chirurgisch-technische Zwecke. No. 20. p. 513.

Pichler, R., Dr. (Breslau). Über den Werth des Aluminiumbronzedrahtes in der Chirurgie. No. 16. p. 417.

Popper, Dr. (Hamburg). — Ein neues Verfahren zur Behandlung der Kniescheibenbrüche. No. 6. p. 156.

—— Eine neue Oberarmfrakturenschiene mit Extension in der Schiene. No. 33. p. 809.

Rathmann, Dr. (Mühlhausen i/Th.). — Ein neuer Handoperationstisch. No. 2. p. 38.

Reerink, H., Dr. (Freiburg i/B.). — Die Behandlung der frischen Luxation der Peroneussehnen. No. 2. p. 33.

Reinhard, W., Dr. (Kaiserswerth). — Ein Beitrag zur Äthernarkose. No. 11. p. 299.

—— Die Atropin-Morphin-Äthernarkose. No. 21. p. 560.

Sachs, W. (Mülhausen i/E.). — Eine seltene Indikation zur sacralen Exstirpation der Gebärmutter. No. 28. p. 720.

Salistscheff, Prof. Dr. (Tomsk). — Zur Technik der Radikaloperation großer Bauchwandbrüche. No. 13. p. 345.

Schaeffer, R. (Berlin). — Nochmals über Chirol. No. 4. p. 89.

Schloffer, H., Dr. (Prag). — Zur Technik der Phimosenoperation. No. 26. p. 658.

Schmidt, M., Dr. (Cuxhaven). — Zwei technische Vorschläge zur Magen-Darmchirurgie. No. 4. p. 96.

Schoemaker, J., Dr. (Nimwegen). — Zur Technik der Kraniotomie. No. 50. p. 1233.

Schwarz, K., Dr. (Agram). — Zur Frage der medullären Narkose. No. 9. p. 248.

Sprengel, Prof. Dr. (Braunschweig). — Zur Methodik der Appendicitisoperation. No. 28. p. 705.

Subbotin, M., Prof. (St. Petersburg). — Neues Verfahren zur Bildung der Harnblase und Harnröhre mit einem Spinkter aus dem Mastdarm bei Exstrophia vesicae, Epispadie hohen Grades und Urininkontinenz. No. 51. p. 1257.

Thöle, Dr. (Frankfurt a/O.). — Goniodiameter, ein Instrument zum Messen von Winkeln, Durchmessern und Entfernungen. No. 15. p. 404.

Trantzscher, K., Dr. (Riga). — Eine seltene Hüftgelenksaffektion beim Neugeborenen. No. 23. p. 600.

Weischer, Dr. (Hamm i/W.). — Stichverletzung der Blase (durch das Foramen ischiadicum majus). No. 49. p. 1217.

Wiener, A., Dr. (Chicago). — Zur Behandlung der Patellarfrakturen. No. 1. p. 4.

Wieting, J., Dr. (Hamburg-Eppendorf). — Ein Verband für Unterkieferfrakturen. No. 51. p. 1260.

Witzel, O., Prof. (Bonn). — Ein operatives Verfahren zur Behandlung der Luxatio congenita coxae. Heteroplastik des Limbus. No. 40. p. 977.

Wolfermann, H., Dr. (Straßburg i/E.). — Die mechanische Behandlung der Unterleibsbrüche unter besonderer Berücksichtigung des Leisten- und Schenkelbruches. No. 7. p. 185.

Wolff, O., Dr. (Essen). — Zur Behandlung des schrägen Unterschenkelbruches mit Bardenheuer'scher Extension. No. 5. p. 123.

v. Zawadzki, A., Dr. (Warschau). — Zweckmäßige und billige Spritze zur Injektion von Schleich'scher und physiologischer Kochsalzlösung. No. 35. p. 857.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 29, welche den Bericht über den XXX. deutschen Chirurgen-Kongress enthält.)

Achard 552 (Cocainisirung des Rückenmarkes).
—— 650 (Pikrinsäurevergiftung).
—— 650 (Urticaria).
Achwlediani 995 (Noma).
Adam 702 (Obturationsileus).
Adami 817 (Krebsparasiten).
Adolphi 182 (Brustkorbveränderung bei Halsrippen).
Adrian 745 (Appendicitis).
—— 799 (Angeborene Oberarm- u. Oberschenkeldefekte).
—— 870 (Tetanus).
—— 1080 (Neurofibromatose).
Aglinzeff 549* (Ein Wiederbelebungsversuch nach Prus-Maag).
Aguilas 580 (Sehnentransplantation).
Ahrens *94* (Fötale Inklusion im Mesocolon ascendens).
—— 367 (Arthropathia tabica).
Alapy 326 (Speiseröhrenstrikturen).
Albarran 80 (Nierenoperationen).
—— 305 (Neubildungen von Nierenbecken und Harnleiter).
—— 1093 (Incontinentia urinae).
Albers-Schönberg 71 (Skiaskopie der Nierensteine).
—— *114* (Nierensteine).
—— 1248 (Röntgeninstrumentarium).
Albertin 1117 (Bruchtuberkulose).
Alessandri 595 (Blasenhernie).
—— 736 (Blasenbruch).
Alexander 1301 (Blasenruptur).
Alexandroff 436 (Lithotripsie bei Kindern).
—— 1000 (Harnleiterchirurgie).
Allan 334 (Appendicitis).
Allgeyer 914 (Syphilis).
Alpago-Novello 205 (Milzbrand).
Alquier 207 (Impetigo).
Alt 1299 (Otitische Sinusthrombose).
Ambard 1066 (Verrenkung des Radius).
Amburger 1047 (Bruchwand- und Mediastinalgeschwülste).
Amson 582 (Hüftverrenkung).
Andrassy 119 (Magenschuss).
André 1069 (Knieankylose).
Andry 206 (Subepiderme Cyste).
van Angelen 790 (Atresia anorectalis).
Angiéras 1043 (Hydrorrhoea nasalis).
Angus 747 (Magengeschwür).
Annandale 416 (Abnorme Hodenlagerung).
d'Antona 296 (Ureterennaht).
Apert 129 (Knochentuberkulose).
Appraillé 1066 (Radiusdefekt am oberen Ende).
D'Arcy-Power 340 (Milzexstirpation).
Ardenne 1044 (Perichondritis).
Arnold 698 (Magensarkom).
Aronheim 1207 (Ileus).
Audry 320 (Atrophie der Handflächen).
—— 466 (Syphilis).
—— 615 (Riesenzellen bei Epitheliomen).
Aue 557 (Nierenchirurgie).
Auler 1137 (Kapselplastik).
Auvray 605 (Hernien).
—— 696 (Darmperforation im Typhus).
—— 945 (Chirurgie der Leber u. Gallenwege).
—— 1113 (Bauchwunden).
Axenfeld 665 (Sympathicusresektion).

Babinsky 508 (Trepanation des Warzenfortsatzes).
Bade 265*, 1177 (Skoliosen).
Bähr 201 (Unfall und Epilepsie).
—— 202 (Fraktur des Malleolus internus).
—— 321* (Frakturverbände).
—— 477* (Luxatio intercarpalis).
—— 802 (Beckenbrüche).
Bäumler 701 (Darmverschluss).
Bail 103 (Pyogene Infektion).
Bainbridge 572 (Medullarnarkose).
Bălăcescu 633 (Cystorrhaphie).
—— 1191 (Unterbindung der Milzgefäße).
Ballenghien 582 (Kniewasser).
Balzer 207 (Impetigo).

Bandelot 238 (Gelenkleiden).
Bangs 645 (Prostatahypertrophie).
Bar 1041 (Influenzaotitis).
v. Baraçz 1285 (Botryomykose).
v. Bardeleben 607 (Totale Magenexstirpation).
Bardenheuer 1244 (Ischias traumatica).
Barge 1191 (Fistula ani).
Barjou 1203 (Chylothorax).
Barker 333 (Magenperforation).
—— 336 (Gastroenterostomie und Pylorektomie).
—— 702 (Enterektomie).
—— 805 (Kniescheibennaht).
Barling 391 (Chirurgie des Pankreas).
—— 1022 (Dilatation des Duodenum).
Barlow 652 (Blasentuberkulose).
Barr 724 (Kleinhirnabscess).
Barrago-Ciarello 718 (Anastomosirung zwischen N. facialis u. N. accesorius).
Barth *40* (Meningitis).
—— 509 (Exophthalmus pulsans).
Barthélemy 206 (Epithelioma benignum).
Bassères 1300 (Rückenmarkstrauma).
Bates 570 (Nebennierenextrakt als Blutstillungsmittel).
Batsch 113 (Ileus).
Batut 1119 (Darminvagination).
Bauby 873 (Spontane Eventrationen).
Baudet 991 (Exstirpation von Ductus deferens, Samenblasen).
Baudi 444 (Drüsenexstirpation).
Baumgarten *117* (Hodentuberkulose).
Baur 177, 578 (Gonorrhoische Gelenkentzündungen).
Bayer 37* (Achillotomie).
—— 460* (Akuter, intraperiton. Erguss).
—— 638 (Chirurgie in der Landpraxis).
—— 1078* (Kongenitale Hüftluxation).
Bayerl 998 (Blasenschuss).
Bazy 79 (Nierenoperationen).
—— 401 (Nephropexie).
—— 770 (Diagnose von Nierenkrankheiten).
Beahan 703 (Chirurgische Leiden in der rechten Bauchseite).
Beck 72 (Skiaskopie der Gallensteine).
—— 472 (Radiusbruch).
—— 488 (Tendinitis prolifera calcarea).
—— 505, 865 (Kropf).
—— 666 (Knochenbrüche).
—— 694 (Gallensteine).
—— 773 (Kolpoplastik).
—— 966 (Knochencyste).
—— 993 (Trichorrhexis nodosa).
—— 1066 (Fractura proc. coron. ulnae).
—— 1201 (Sarkombehandlung).
—— 1231 (Nierengeschwülste).
v. Beck 331 (Aktinomykose des Verdauungsapparates).
Becker 561* (Äthernarkose).
Beddard 1124 (Transfusion und Venaesektion).
Beely 796 (Stumpfbildung bei Amputationen).
Benda 131 (Gelenkwassersucht).
Bendani 1038 (Chirurgie von Gehirn, Rückenmark und Ganglion Gasseri).
Bender 49 (Appendicitis).
—— 534 (Netztorsion).
—— 579 (Ankylosirende Wirbelsäulenentzündung).
Beneke 88 (Chondrosarkom der Harnblase).
—— 315 (Multiple, cartilaginäre Exostosen).
—— 1205 (Pathologie der Speiseröhre).
Benissowitsch 792 (Ascites bei Lebercirrhose).
Bennet 141 (Frakturenbehandlung).
—— 771 (Varicocele).
Bérard 1255 (Oberschenkelbruch).
Berbineau 726 (Geschwulst d. Gaumensegels).
Beresowsky 434 (Leistenbrüche).
Berg 144 (Blasenektopie).
—— 592 (Darmperforation).
Berger 583 (Exstirpation d. Kniescheibe).
—— 951 (Bauchchirurgie).
—— 1110 (Mastdarmkrebs).
Bergk 547 (Weibliche Genitalien).
Berglund 53 (Pylorusstenose).
Bergmann 316 (Herzruptur).
—— 694* (Darmblutung).
v. Bergmann 40 (Handbuch der praktischen Chirurgie).
Bernabei 712 (Spinalanästhesirung).
Berndt 439 (Unterkieferresektion).
—— 603 (Epityphlitis).
Bernhard 948 (Kasuistik).
—— 1226 (Arsenikwirkung).
Bernhardt 512 (Inokulationstuberkulose).
—— 554 (Bacillus pyocyaneus).
Bernheim 73 (Vorhautoperation).
Bertelsmann 462 (Gebiss in der Speiseröhre).
—— 622 (Schädelverletzung).
—— 623 (Otogene Meningitis).
Bertrand 578 (Gonokokken).
Besançon 1213 (Schankerbacillus).
Bessel-Hagen *97* (Plastik an Glied- u. Hodensack).
Betagh 709 (Lymphdrüsen).
Bettmann 205 (Ellbogengelenkresektion).
—— 993 (Epidermolysis bullosa hereditaria).
Biaghi 795 (Muskelsarkom).
Bianchi 838 (Ursprung der Synovia).
Bidwell 139 (Pyloroplastik).
Bier *23* (Rückenmarksanästhesie).
—— 55 (Darmverstopfung).
—— 420 (Entstehung des Kollateralkreislaufs).
—— 641 (Bluttransfusion).
—— 844 (Hirnhyperämie).
Bigeard 933 (Operationsasepsis).
Bilfinger 942 (Hernien).
Bilhaut 1241 (Metatarsalgie).
Birstein 432 (Pylorusstenose).

Biso 1072 (Nervenverletzungen).
Bissel 645 (Prostatahypertrophie).
—— 650 (Tetanus).
Blagowestschenski 651 (Harnröhrenstrikturen).
Blaschko 847 (Nervenvertheilung in der Haut).
Blauel 357 (Zerreißung d. Kniescheibenbandes).
Blecher 115 (Enteroptose).
—— 1134 (Blutstauungen bei Gelenksteifigkeiten).
Blind 368 (Fersenbeinbrüche).
Bloch 855 (Septische Sinusthrombose).
Blumberg 1019 (Antistreptokokkenserum).
Boari 401 (Uretero-Ureterostomie).
Bobroff 430 (Behandlung des Kropfes).
Bock 887 (Kriegschirurgie).
Bocks 736 (Magenchirurgie).
Bodin 263 (Pseudo-Xanthom).
—— 644 (Trichophyten des Bartes).
Boeckel 388 (Magenexstirpation).
—— 1021 (Appendicitis).
Boegehold 910 (Syphilis).
Bofinger 702 (Ileus).
Bogajewsky 433 (Hernien der Linea alba).
Bogojawlensky 431 (Laparotomien).
Boinet 581 (Makrodaktylie).
Boisson 1215 (Periurethritis).
v. **Bókay** 183 (Echinococcus der Pleura).
—— 500 (Intubationstrauma).
Boks 234 (Magenoperation).
Boland 690 (Hernien).
Bolintimano 357 (Coxitis).
Bolton 607 (Colitis).
Bonnet 1052 (Osteomalakie).
Borchard *91* (Gastrostomie).
—— 1255 (Kniescheibenverrenkung).
Borchardt 136 (Ganglienbildung in der Tricepssehne).
Borchert 619 (Lungenchirurgie).
Borchgrevink 587, 783 (Bauchfelltuberkulose).
Borrmann 758 (Netzgeschwülste).
Borzecki 643 (Syphilis).
Bossi 311 (Genu valgum).
Bossowski 1269 (Douglasabscess bei Appendicitis).
—— 1269 (Megacolon congenitum).
Bothezet 1056 (Arthrodese d. Schulter).
Bouglé 49 (Appendicitis).
—— 67 (Arteriennaht).
—— 318 (Skiaskopie).
—— 653 (Nierentuberkulose).
—— 1255 (Sehnenplastik).
de **Bovis** 528 (Dickdarmkrebs).
Boyd 144 (Mammacarcinom).
Braatz *116* (Nierenoperationen).
—— 348 (Dampfdesinfektion).
Brabec 1002 (Hospitalbrand).
—— 1018 (Aktinomykose).
v. **Brackel** 629 (Rippenenchondrome).
Bramson 1093 (Wundenvereinigung).
Braquehaye 225 (Chirurgie des praktischen Arztes).
Braun *20* (Mischnarkosen).
—— *56* (Resektion des N. sympathicus).
—— 104 (Magen- u. Darmerkrankungen).
—— 314 (Totale Kehlkopfsexstirpation).
—— 441* (Atrophie bei Äthernarkose).
—— 861 (Äther-Chloroformmischnarkose).
Brentano 382 (Kontusionen des Bauches).
—— 674 (Magenerweichung).
Breton 1021 (Epilepsie).
Bretz 886 (Wundvereinigung).
Brissart 1063 (Operationen am Fuß).
Broca 603 (Peritonitis).
—— 915 (Anatomie und Chirurgie des Mittelohres).
Brocq 194 (Ekzem und Impetigo).
—— 1215 (Gerbergeschwür).
Brod 582 (Daumenverrenkung).
Broeckaert 1042 (Lymphangiosarkom der Nase).
Brown 412 (Cystitis).
Bruch 1303 (Anuria calculosa).
v. **Brunn** 824 (Nierenveränderungen nach Bauchhöhlenoperation).
Brunner 534 (Pyloruskrampf).
Brunotte 1207 (Perforationsperitonitis).
v. **Bruns** *13* (Wundbehandlung).
—— 40 (Handbuch der praktischen Chirurgie).
—— *119* (Hodentuberkulose).
—— 159* (Kontrakturen im Kniegelenk).
Brutzer 746 (Perityphlitis).
Bryant 56 (Pankreatitis).
—— 1180 (Arterienverkalkung).
—— 1208 (Ileus).
Büdinger 508 (Schädeldefekte).
v. **Büngner** *121* (Hodentuberkulose).
—— 617 (Asepsis bei Halsoperationen).
Buggles 206 (Spindelhaare).
Bukovsky 311 (Beingeschwüre).
Bulkley 1214 (Syphilis).
Bullit 416 (Eierstocksgeschwülste).
—— 871 (Resektion der fetten Bauchdecke).
Bum 1153* (Entwicklung des Knochencallus).
Bunge *149* (Amputationsstümpfe).
—— 797 (Gangrän durch Gefäßverschluss).
Burckhardt 825 (Jahresbericht).
—— 1036 (Peritonitis nach Pleuritis).
Burghard 146 (Sympathicusresektion).
Burk 856 (Luxatio carpo-metacarpea).
v. **Burkhardt** 1101 (Appendicitis).
Burrows 424 (Diphtherie).
Burton 142 (Blasensteinoperation).
Buschke 850 (Alopecie durch Thallium).
Busse 654 (Nierenchirurgie).
—— 785 (Nabelbruch).
Buxton 811 (Riesenzellen).

Cabot 827 (Krebsrecidiv).
—— 1107 (Bauchfellverwachsungen).
Cacciari 1059 (Angeb. Hüftverrenkung).

v. Cačković 325 (Retrograde Intubation).
—— 696 (Hämorrhagisches Erbrechen).
—— 699 (Autointoxikation des Magens).
Cade 1203 (Chylothorax).
Calot 134 (Krankheiten in Bercq).
Caminiti 1118 (Myom des Pylorus).
—— 1120 (Darmverschluss).
—— 1290 (Schädelverletzungen).
Canevazzi 1054 (Statik des Skeletts).
Canon 1251 (Septische Krankheiten).
Cannon 1290 (Kopfverletzungen).
Caponago 455 (Blutstillung bei Leberwunden).
Capurro 544 (Muskeloperationen).
—— 629 (Fremdkörperwanderung).
Carle 29 (Kropfoperationen).
—— 135 (V. basilica).
Carson 558 (Entfernung der Samenblase).
Carstens 103 (Katgut).
Cary 183 (Echinococcus der Pleura).
Casassa 870 (Thyreoiditis).
Casper *107*, 303 (Nierendiagnostik).
—— 1073* (Funktionelle Nierenuntersuchung).
—— 1224 (Nieren- und Bauchchirurgie).
du Castel 617 (Leukoplasie).
—— 992 (Erythème noueux, purpura rhumatoïde et hydroa).
Cathelin 88 (Suburethraler Stein).
—— 947 (Torsion der Hydrosalpinx).
—— 1093 (Incontinentia urinae).
Catterina 928 (Angiosarkom des weichen Gaumens).
Cavaillon 1120 (Darminvagination).
Cavazzani 1036 (Kropfoperation).
Caziot 627 (Syphilis d. Rückenmarkes).
Ceccherelli 257 (Hauttuberkulose).
—— 762 (Pankreaschirurgie).
Chaillons 498 (Erkrankungen d. Augenhöhle).
Chamberlain 1092 (Röntgenstrahlen gegen Krebs).
Chapot-Prévost 879 (Leberresektion).
Chardin 148 (Celluloseverwendung).
Chauveau 918 (Geschichte d. Rachenkrankheiten).
Chavannaz 605 (Hernien).
Cheever 628 (Sarkom der Schilddrüse).
Chełmoński 1188 (Spontane Rippenbrüche).
Chesman 1302 (Blasenhernie).
Chetwood 1292 (Kontraktur d. Blasenhalses).
Chevalier 341 (Leberabscess).
Chiari 41 (Pathologische Anatomie).
—— 923 (Sängerknötchen).
Chiene 552 (Erfahrungen in Südafrika).
Chipault 920 (Gesichtsneuralgie).
—— 937 (Anästhesirung).
—— 1084 (Spinalanästhesie).
Chlumský 393* (Darmknopf aus Magnesium).
—— 426 (Trichterbrust).
—— 1269 (Behandl. gangränöser Hernien).
Cholzow 360 (Kraniotomie bei Blutung).
—— 764, 996 (Harnröhrenstriktur).
Christomanos 932 (Bacillus pyocyaneus).
Chute 991 (Erkrankung d. Samenblase).
Ciechanowski 986 (Prostatahypertrophie).
Cipriani 933 (Amyloform).
Clairmont 748 (Kothfistel und Anus praeternaturalis).
Clark 392 (Erfahrungen in Südafrika).
—— 904 (Nasenverschönerung).
—— 1098 (Flüssigkeitsansammlung im Bauch).
—— 1205 (Mammacarcinom).
Clarke 147 (Prostatektomie).
—— 723 (Hirnsarkom).
—— 854 (Kleinhirnabscess).
Clerc 650 (Pikrinsäurevergiftung).
Le Clerc 1061 (Apophysitis der Tibia).
Clermont 863 (Venennaht).
Clinton 927 (Frakturen der Nase).
Cobb 371 (Peritonitis in typho).
Codivilla 167 (Kraniotomie).
—— 1150 (Nervennaht am Plexus brachialis).
—— 1065 (Angeborene Skoliose).
—— 1068 (Angeborene Hüftgelenksverrenkung).
Coley 827 (Inoperable Krebse).
Collet 407 (Gelatineeinspritzungen).
Colleville 625 (Epilepsie).
Colley 657* (Pseudarthrose).
Comba 1095 (Pyelitis).
de la Combe 481 (Syphilis und Kehlkopfpapillom).
Compaired 725 (Mal perforant des Mundes).
Le Conte 759 (Ascites bei Lebercirrhose).
—— 1203 (Echinococcus der Brustdrüse).
Cordes 258 (Erkrankungen d. mittleren Nasenmuschel).
—— 625 (Luftverdünnung im äußeren Ohr).
Cornil 907 (Pathologische Histologie).
Da Costa 808 (Hüftexartikulation).
Cotteril 581 (Knochenhypertrophie nach Hüftexartikulation).
Cousins 412 (Blasenschädigung).
Coyon 1226 (Syphilis).
Cozzolino 715 (Ozaena).
Cramer *148* (Kniescheibenverwachsung).
Cranz 273 (Wirkung der Infanteriegeschosse).
Crenwell 757 (Echinokokken).
Cullen 548 (Gebärmutterkrebs).
Cuneo 990 (Lymphbahnen des Hoden).
Cybulski 1186 (Kehlkopftuberkulose).
Czarnecki 584 (Aneurysma der Art. femoralis).

Dahlgren 361 (Otitis).
Dalla Vecchia 355 (Verletzungen des N. vagus).
Dalous 320 (Atrophie d. Handflächen).

Dalton 940 (Tripperinfektion).
Danlos 206 (Multiple Fibrome).
Dauber 872 (Cardiospasmus).
David 510 (Fremdkörper in der Nase).
Davrincke 998 (Blasenstein).
Debaisieux 579 (Gelenkhydrops).
Debrunner 655 (Gynäkologisches).
Deelemann 225 (Händedesinfektion).
—— 894 (Gewehröl und Panaritium).
Dehler 53 (Magenblutung nach Gallenblasenoperation).
—— 1181 (Tetanus).
—— 1205 (Pathologie der Speiseröhre).
Dejardin 170 (Speichelfistel).
Delangre 862 (Vaseline).
Delattre 1254 (Schulterverrenkung).
—— 1254 (Schlüsselbeinverrenkung).
Delbanco 968 (Madurafuß).
—— 995 (Riesenzellensarkom).
Delbet 318 (Harnleiterfistel).
—— 568 (Sterilisation der Hände).
—— 886 (Klinische Chirurgie).
—— 933 (Operationsasepsis).
—— 1086 (Nierenkontusionen).
—— 1263 (Blutstillung bei Leberwunden).
Delitzin 856 (A. mediana antibrachii und N. medianus).
Delore 582 (Knievereiterung).
—— 944 (Darmfisteln).
—— 1107 (Widernatürlicher After).
Demme 113 (Ileus).
Demoor 1291 (Trepanation).
Demoulin 375 (Gastroenterostomie).
—— 698 (Hernie).
Dennis 462 (Gastrostomie bei Ösophagusstriktur).
Le Dentu 446 (Leistenbrüche).
—— 886 (Klinische Chirurgie).
—— 1071 (Pes valgus).
Depage 629 (Brustempyeme).
—— 828 (Herzmassage bei Chloroformasphyxie).
Depoutre 1162 (Anatomie d. Schläfenbeines).
Derinschinski 238 (Oberschenkelpseudarthrose).
Derveau 952 (Gebärmutter und Hoden als Bruchinhalt).
Deschin 433 (Nabelbrüche).
Desnos 207 (Resektion der Prostata).
Dessirier 1230 (Steinniere).
Dettmer 101 (Händedesinfektion).
Deutschländer 719 (Skoliose).
—— 1049* (Perimetrische Buckelmessung).
Devic 1211 (Fibromyoma malignum).
Diakonow 223 (Topographische Anatomie und operative Chirurgie).
Diederich 50 (Hernie).
Dietrich 608 (Ileus).
Diterichs 1203 (Neubildungen d. Brustdrüse).
Dieulafoy 334, 521 (Appendicitis).
Dinkler 363 (Basedow'sche Krankheit).
Dobromysslow 18 (Transpleurale Ösophagotomie).
Döderlein *130* (Gebärmutterkrebs).
Dörfler 642 (Blutvergiftung und Amputation).
Dohrn 1210 (Hautverbrennung).
—— 1228 (Blasenzerreißung).
Doléris 642 (Medullaranästhesie).
Dolgow 72 (Resektion von Nierengewebe).
Domenici 235 (Duodenalkrebs).
Donati 174 (Stenosenbehandlung).
—— 1030 (Blutveränderungen bei Krebs).
Donetti 208 (Nierengeschwulst).
Dor 193 (Botryomykose).
—— 615 (Serum gegen Krebs).
—— 1289 (Cytolytisches Krebsserum).
Doutrelepont 485 (Pityriasis rubra).
Dowd 455 (Gekröscyste).
Dubreuilh 262 (Sarkome).
Dubujadoux 385 (Bauchquetschung).
—— 1117 (Leistenbrüche).
Dührssen *130* (Laparotomie).
Düms 205 (Herzdämpfung).
Duhot 1090 (Pathologie der Samenblasen).
Durand 1071 (Kahnbeinverrenkung).
Duval 667 (Lähmungen des Plexus brachialis).
—— 991 (Exstirpation von Ductus deferens und Samenblase).
Dwight 182 (Pott'scher Buckel).
Dwyer 775 (Hautblastomykose).
Dzirne 557 (Nierenchirurgie).

Eames 367 (Verrenkung im Knie).
Eastes 756 (Narkosen).
Ebstein 181 (Tonsillitis chronica).
—— 1108 (Untersuchung d. Mastdarms).
Edebohls 1296 (Wanderniere).
van Eden 639 (Verbandlehre).
Ehlers 645 (Sklerodaktylie).
Ehrenfest 572 (Medullarnarkose).
Ehret 457, 964 (Cholelithiasis).
Ehrhardt *6* (Zerstörung von Geschwulstresten).
—— 799 (Vernähung d. Schulterblätter).
—— 1011 (Galle in der Bauchhöhle).
Ehrich 233 (Arrosionsblutungen bei Appendicitis).
—— 1094 (Blasenkrebs).
Eigenbrodt 1057 (Verrenkung von Carpalknochen).
Eiger 42 (Pseudomyxom des Bauchfells).
Einhorn 1256 (Unterschenkelbrüche).
—— 1266 (Enteroptose).
v. Eiselsberg *55* (Uranoplastik).
—— 319 (Aneurysmen).
—— 360 (Traumatisches Aneurysma).
Eisen 6 (Cancriamoeba macroglossa).
Eisenberg 482 (Bericht der Hautklinik).
Ekehorn 943 (Hernien).
Elder 386 (Hernia obturatoria).
Elgart 1064 (Osteomyelitis).
Elliot 408 (Tuberkulose der Gekrösdrüsen).

Elter 518 (Retrograde Sondirung).
—— 1096 (Retroperitonealcyste).
Enderlen 732 (Antiperistaltik).
van Engelen 1096 (Nierengeschwülste).
Engelhardt 399 (Postoperative Seelenstörungen).
—— 446 (Leber- u. Magenveränderungen nach Netzabbindungen).
—— 820 (Blutungen nach Tracheotomie).
Engelmann 66 (Anästhesirung d. Rückenmarkes).
Englisch 1293 (Blasenkrebs).
Erbslöh 550 (Osteoplastisches Carcinom).
Ernberg 649 (Ganglien).
Escat 87 (Nephroneurose).
—— 717 (Krankheiten des Rachens).
—— 1042 (Nasenchondrome).
Eulenburg 1121 (Realencyklopädie).
Eve 320 (Sarkom des Radius).
Eversmann 1151 (Ellbogenverrenkung).
Ewald 550 (Ölinfusionsapparat).
—— 1047 (Aortenaneurysma).
Ewer 1239 (Bau des menschlichen Körpers).
—— 1239 (Massagen).

de Fabii 304 (Ureteroheteroplastik).
Fabry 485 (Dermographismus).
Fagge 150 (Tuberkulöse Bursitis).
Faliocchio 807 (Knochentuberkulose).
Faltin 556 (Blasengangrän).
—— 1216 (Infektion der Harnblase).
Fasola 330 (Funktion des Darmes).
Faure 390 (Chirurgie des Pankreas).
—— 1103 (Herniologie).
Fedoroff 332* (Ureterenkatheterismus).
Fehleisen 851 (Krankenhausbericht).
Félix 499 (Lupus der oberen Luftwege).
Fendt 982 (Sarkoide Geschwülste der Haut).
Fenger 198 (Harnretention durch Harneiterungen).
—— C. 79 (Nierenoperationen).
Fenwick 447 (Magensarkom).
Féré 152 (Lipome der Fußsohle).
—— 1092 (Lipome).
—— 1255 (Fraktur einer Endphalanx).
Ferrand 831 (Fetthals).
Ferrou 106 (Appendicitis).
Fieschi 483 (Elephantiasis).
Filippini 703 (Leberresektion).
Le Filliatre 49 (Appendicitis).
Finck 138 (Klumpfuß).
Finkelstein 1017 (Lymphdrüsentuberkulose).
Finney 1123 (Narkose bei Herzkranken).
Finot 294 (Kriegsbericht).
Fjodorow 436 (Hydronephrose).
Fiorani 148 (Überpflanzung von Hühnerhaut).
Fiori 1085 (Nierenresektion).
Firth 714 (Unterbindung der Jugularvene).
Fischenich 911 (Syphilis).
Fischer 10 (Osteomyelitis traumatica purulenta cranii).
—— 452 (Gastroenterostomie).
—— 892 (Kriegschirurgie).
Fisher 700 (Darmsarkom).
Fittig 488 (Cancroid der Ulna).
Flerow 1047 (Herzruptur).
Flockemann 537* (Chloroformnarkose).
Fontan 412 (Blasenwunde).
Ford 56 (Lebersarkom).
Formanek 1035 (Cachexia strumipriva).
Fort 197 (Strikturen).
du Fougerey 499 (Geschwülste der Luftwege).
Fouquet 1227 (Naevus fibromatosus).
Fournier 1214 (Syphilis).
Fracassini 697 (Radikaloperation des Leistenbruches).
Fränkel *11* (Wundbehandlung).
—— 515 (Jodoform).
—— 668 (Verletzung der V. fem. comm).
—— 865 (Pseudomyxoma peritonei).
—— 866 (Leberruptur).
Francesco 1020 (Medullaranästhesie).
Francillon 1092 (Lipome).
Francisco 881* (Radikaloperation der Hernien).
François 569 (Phototherapie).
Franke *95* (Exstirpation d. Pankreas).
—— 236 (Leberechinococcus).
—— 300* (Benzin in der Chirurgie).
—— 323 (Komplicirte Frakturen).
—— 340 (Perihepatitis).
—— 357* (Circulus vitiosus).
—— 483 (Carcinom).
—— 713 (Freilegung der Orbita).
—— 967, 1070 (Plattfuß).
—— 1119 (Magenresektion).
Frankenberger 1187 (Resektion der Luftröhre).
Franz 32 (Freie Gelenkkörper).
Frazier 389 (Lebercirrhose).
Fredet 698 (Hernie).
—— 808 (Gelenkmaus).
Freudenberg 987 (Prostatahypertrophie).
Freund 839 (Wirkungen d. Polentladungen hochgespannter Induktionsströme).
—— 849 (Hautkrankheiten).
Freyer 143 (Steinoperationen).
Friedländer 670 (Kniescheibenverrenkung).
Friedmann 376 (Lebercirrhose).
Friedrich 581 (Entwicklungsanomalie).
v. Frisch 83 (Prostatahypertrophie).
Froidbise 621 (Schädelverletzung).
Froin 726 (Krup).
Fromaget 1041 (Echinococcus d. Thymusdrüse).
Frommer 1267 (Knochenkohle für Jodoform).
Füth 233 (Blasenverletzung).
Fuhr 1249 (Instrumente).
Fuller 411 (Transversale Theilung der Blase).

Fullerton 1024 (Meningo-Encephalocele).
Furet 1043 (Sinusitis sphenoidalis).

Gabszewicz 509 (Exophthalmus pulsans).
Gaglio 226 (Gelatine als Blutstillungsmittel).
—— 258 (Trigeminus und Auge).
Galavardin 722 (Rheumatische Knoten).
—— 1211 (Fibromyoma malignum).
Galeazzi 109 (Radikaloperationen von Leistenbrüchen).
—— 523 (Radikaloperationen von Hernien).
Galin 722 (Weiße Phlegmone).
Gallet 114 (Kolostomie).
Gallois 1149 (Gefäßrisse bei Schlüsselbeinbrüchen).
Garbarini 452 (Darmresorption bei Ileus).
Gardini 638 (Operationslehre).
Gardner 1065 (Totalresektion des Humerus).
Garel 630 (Fremdkörper in den Luftwegen).
Garrè 1195 (Pneumotomie).
Gaucher 1226 (Syphilis, Arsenikwirkung).
Gaudier 1032 (Otitis).
Gauthier 119, 874 (Magengeschwür).
Gayet 1052 (Osteomalakie).
Gaylord 812 (Krebsparasiten).
Gebele 231 (Brustdrüsengeschwülste).
—— 862 (Gelatineeinspritzungen).
—— *1207* (Ileus).
Gebhart 1201 (Blutcysten).
Van Gehuchten 99 (Wuth).
Gelpke 826 (Kasuistische Mittheilungen).
Genevet 1289 (Infektiosität des Haarschweißes).
Georgiewsky 429 (Natrium carbonicum).
Gerber 1032 (Atlas der Nasenkrankheiten).
Gérard-Marchant 55 (Verengerung des Blinddarmes).
—— 148 (Aneurysma der A. anonyma).
Gerson 649 (Elastische Pflasterbinden).
—— 998 (Blasenstein).
Gersuny 134 (Subkutane Prothese).
Gerulanos 64 (Lungenkomplikationen).
Gessner 1232 (Hodengeschwülste).
Gherardi 1103 (Pylorusstenose).
Ghillies 669 (Angeborene Hüftverrenkung).
Ghillini 402 (Orthopädische Chirurgie).
—— 1054 (Statik des Skeletts).
Giani 304 (Unterbindung der Nierengefäße).
Giannettasio 1105 (Gastroenterostomie).
Giordano 1083 (Gelatine und Blutgerinnung).
Girard 1114 (Brust- und Unterleibsverletzung).
Giron 1070 (Kniekehlencyste).
Glebowski 1227 (Lupus).
Glück 546 (Lepra).
Glusiński 959 (Magengeschwür).
Gobillot 359 (Pneumatocele cranii).
Godlee 138 (Subphrenische Abscesse).
Goelet 1295 (Wanderniere).
Gömöry 807 (Knochenentzündung der Perlmutterdrechsler).
Goldan 936 (Anästhesirung).
Goldberg 301 (Urethrotomia int.).
—— 703* (Cystoskopie).
Goldflam 309 (Pseudovaginitis capitis longi bicipitis).
Goldmann *8* (Keloid).
—— *98* (Prostatahypertrophie).
Golebski 164 (Cocainisirung des Rückenmarkes).
Golowin 712 (Pulsirender Exophthalmus).
Gönczy von Biste, B. 475* (Heilung von Radialislähmung durch Sehnenplastik).
Goodale 628 (Retropharyngealabscess).
Gordon 1045 (Halsrippe).
Goris 152 (Fraktur des Proc. styloides).
—— 1044 (Kehlkopfexstirpation).
—— 1298 (Hirnabscess).
Gosset 529 (Darmausschaltung).
Gossner 368 (Amputationsstümpfe).
Gottstein *68*, 779 (Ösophagoskopie).
—— 950 (Fremdkörper im Magen).
Graff 1064 (Orthopädische Apparate).
—— 1243 (Spontanluxationen im Hüftgelenk).
Grandmaison 49 (Appendicitis).
—— 880 (Pankreaskrebs).
Graser 955 (Wundbehandlung).
Grassberger 396 (Buttersäurebacillen, Rauschbrand).
Graubner 997 (Blasenspalte).
Graul 995 (Nebenwirkungen des Orthoforms).
Gray 498 (Lokalanästhesie in Nase und Ohr).
del Greco 571 (Präventive Blutabsperrung).
Greer 625 (Epilepsie).
Greife 819 (Renthiersehnenfäden).
Greisch 343 (Pankreascyste).
Grekow 551 (Psychosen nach Operationen).
—— 841 (Schädeldefekte).
Grenkow 118 (Leistenbruch).
Griffiths 145 (Kniegelenkentzündung).
Griffon 1213 (Schankerbacillus).
Grisel 574 (Rachitische Verkrümmungen).
—— 1062 (Unterschenkelbruch).
Grohé 235 (Doppelter Dickdarm).
—— 1095 (Nierengeschwülste).
—— 1127 (Elastische Fasern).
Grosglik 465 (Gonorrhoe).
Gross 559 (Darmlipome).
—— 793 (Knochenabscess).
Grosse 45 (Herniologie).
—— 367 (Angeborene Knochendefekte).
—— 1067 (Hüftverrenkung).

Grosse 1110* (Trachealknorpeldefekt).
Grossmann 603 (Peritonitis).
Grouven 980 (Pemphigus chronicus).
Groves 748 (Ileus).
Grünbaum 719 (Skoliose).
Grüneisen 384 (Subphrenische Abscesse).
Grünfeld 581 (Riesenwuchs).
Grünwald 1034 (Rachenphlegmone).
Grzes 32 (Unterbindung der V. saphena).
v. Gubaroff 121* (Ureterverletzung).
Gubler 506 (Akromegalie).
Gückel 312* (Druckstauung).
Günzburg 623 (Hirngeschwulst).
Güthgens 702 (Ileus).
Guidone 362 (Rückenmarksnaht).
—— 363 (Resektionen).
—— 518 (Bauchwunden).
Guillain 667 (Lähmungen des Plexus brachialis).
—— 679 (Ischias).
Guinard 1065 (Totalresektion des Humerus).
Guinon 720 (Lungenleiden).
Gulcke 1204 (Mammacarcinom).
Gulikers 170 (Speichelfistel).
Gunkel 822 (Hämorrhoiden).
Gunsett 980 (Impetigo herpetiformis).

Haas 1034 (Osteome der Nase).
v. Hacker *69* (Periösophageale Phlegmone).
—— 233 (Fremdkörper in der Speiseröhre).
Häberlin 606 (Magenchirurgie).
Hägler 2 (Ligatureiterungen).
—— 825 (Jahresbericht).
Hämig 748 (Ileus).
—— 1115 (Appendicitis).
Hahn 22 (Pancreatitis haemorrhagica acuta).
—— 27 (Ulcus duodeni).
—— 174 (Struma maligna).
—— 332 (Pankreatitis).
—— 861 (Spinalanästhesirung).
Halbandoff 974 (Gelenkserkrankungen bei Syringomyelie).
Hallé 578 (Gonorrhoische Gelenkentzündung).
—— 1227 (Hautgangrän).
Hallopeau 1227 (Naevus fibromatosus).
Hammer 869 (Schleich'sche Anästhesie).
Hammesfahr 267* (Nahtführung zur Wiedervereinigung der Recti bei medianen Bauchnarbenbrüchen).
—— 929* (Bauch- und Bauchnarbenbrüche).
Hand 166 (Lumbalpunktion).
Handfield-Jones 773 (Gebärmutterkrebs).
Hansson 51 (Nabelschnurbruch).
O'Hara 876 (Anastomosen).
Hare 1123 (Narkose bei Herzkranken).
Harmer 502 (Tonsillotomiebelag).
Harnett 1166 (Tuberkulose der Halsdrüsen).
de la Harpe 652 (Prostatahypertrophie).
Harrington 413 (Blasenhernie).
Harris 878 (Splenektomie).
Harrison 84 (Verengerungen der Harnröhre).
Hartmann 9 (Gelenkeiterung).
—— 114 (Kolostomie).
—— 502 (Traumatische Rückenmarkserkrankungen).
—— 511 (Wirbelsäulenentzündung).
—— 656 (Nervenerkrankung im Plexus lumbalis).
—— 1100 (Typhöse Darmperforation).
Hartwell 975 (Cyste im N. medianus).
Hasenfeld 227 (Cirkulationsstörungen bei Bauchschnitt).
Hasenkopf 887 (Kriegschirurgie).
Van Hassel 1130 (Gelenktraumen).
Hassler 509 (Revolverschuss im Warzenfortsatze).
—— 631 (Geschoss in der Lunge).
Hatch 794 (Knochenbrüche).
Haydem 645 (Prostatahypertrophie).
Hecht 845 (Heißluftbehandlung bei Mittelohreiterungen).
Heerman 1161 (Menière'scher Symptomenkomplex).
Hegener 622 (Meningitis serosa).
Heidenhain *42* (Hirngeschwülste).
—— *65* (Lungenresektion).
Heidingsfeld 195 (Leukopathie der Nägel).
Heile 1142 (Operationshandschuhe).
Heineke 830 (Zertrümmerung des Brustkorbes).
v. Heinleth 1228 (Mandelgeschwülste).
Heiz 534 (Netztorsion).
Hektoen 482 (Nervenfibrom und Arthritis deformans).
Helbing 178 (Rissfraktur des Calcaneus, Geschwülste).
—— 672 (Invaginatio ileo-ilea, Adenom der Mamma).
—— 680 (Rissbrüche des Fersenhöckers).
Helferich 98 (Knochenbrüche und Verrenkungen).
—— 1173 (Plastische Chirurgie).
Hellendall 1241 (Sesambein im M. gastrocnemius).
Hemmeter 373 (Magenkrebs).
Henle *74* (Laparotomie und Pneumonie).
—— 833* (Endoskopie).
—— 836* (Speiseröhrenverengerungen).
Henle-Merkel 1236 (Anatomie des Menschen).
Henne 290 (Schussverletzungen).
Hensgen 204 (Nierenverletzungen).
Hérard 818 (Inoperable Krebse).
d'Herbécourt 547 (Operationen an der Scheide).
Herbing 1193* (Prolaps eines Diverticulum ilei).
v. Herczel 1183 (Hirngeschwulst).
Heresco 85 (Harnröhrenverengerungen).
—— 1094 (Cystoskopie).

Hermes 672 (Einklemmung einer Dünndarmschlinge).
—— 950 (Innere Einklemmung).
—— 1254 (Tumor und Abscess des Mesenteriums).
Herman 144 (Mammacarcinom).
—— 1028* (Skolikoidektomie).
—— 1269 (Skolekoiditis).
Hermann 63* (Sterilisiren der Seidenkatheter).
Herrmann 458 (Gallensteine).
Hertoghe 174 (Myxödem).
Herz 584 (Resektion der V. saphena).
Herzfeld 449 (Magengeschwür).
Herzog 878 (Splenektomie).
Hess 732 (Antiperistaltik).
Heuss 466 (Atrophia maculosa cutis).
—— 918 Talgdrüsen in der Mundschleimhaut).
—— 996 (Lichen planus der Harnröhrenschleimhaut).
Heusner *148* (Kniekontraktur).
—— 1129 (Osteoklase).
Higier 1080 (Myasthenia paroxysmalis angiosclerotica).
Hildebrand *56* (Kieferverrenkung).
—— *136* (Habituelle Schulterluxation),
—— 583 (Luxatio sub talo).
—— 825 (Jahresbericht).
Hill 632 (Herzwunden).
Hinsberg 615 (Otogene Meningitis).
—— 1153 (Tuberkulose der Nasenschleimhaut).
Hinterstois'ser 529 (Darmvereinigung).
—— 552 (Spitalsbericht).
v. Hints 1129 (Zerreißung von Gelenkbändern).
v. Hippel 424 (Kehlkopfexstirpation).
Hirschfeld 874 (Magengeschwür).
Hirst 307 (Coccygodynie).
Hochsinger 850 (Osteochondritis heredosyphilitica).
Hock 1302 (Katheterdesinfektion).
Hodara 940 (Alopecia).
—— 984 (Gonorrhoe).
Höchtlein 608 (Ileus).
Höfliger 856 (Brüche der Carpalknochen).
Höflinger 310 (Hüftverrenkung).
Hölscher 1184 (Hirnabscess, Thrombose des Sinus sigmoideus).
Höniger 843 (Geschwülste des Stirnhirns).
Hoepfl 1016 (Chirurgische Mittheilungen).
Hoffa 1147 (Sehnenplastik).
Hofmann 57* (Narkose).
—— 475 (Klumpsehen).
—— 729* (Retrograde Ösophagoskopie).
v. Hofmann 765 (Cystitis).
Hofmeister 108 (Brandige Brüche).
—— *135*, 800 (Schulterverrenkung).
—— 639 (Verbandtechnik).
Hogge 81 (Urethro-Genital-Tuberkulose).
—— 999 (Exstirpation der Blase und Geschlechtsorgane).
Holz 113 (Ileus).
Holzhäuser 910 (Syphilis).
Homans 1209 (Verstümmelung u. Langlebigkeit).
Honl 311 (Beingeschwüre).
Honsell 8 (Trauma und Gelenktuberkulose).
—— *15* (Wundbehandlung).
—— 806 (Genu valgum).
Honzák 801 (Ellbogenverrenkung).
Horn 437 (Klumpfuß).
Hornborg 534 (Brüche der Linea alba).
Horneffer 382 (Schädelverletzung, Verletzung der Art. subclavia).
Horrocks 747 (Magengeschwür).
Hotmann 351 (Krebsbehandlung).
Hovis 264 (Hirnbruch).
Huber 828 (Streptokokkenerkrankung).
Hübscher 838 (Perimetrie der Gelenke).
Hügel 337 (Darmtuberkulose).
—— 910 (Syphilis).
Hüssy 403 (Skoliose).
Hume 52 (Magengeschwür).
Hummel 872 (Bruchband).
Hunter 128 (Pyogene Infektionen).
Huschenbett 609* (Gehverbände bei Ober- und Unterschenkelbrüchen).
Hutchinson jun. 145 (Exarticulatio sub talo).
Hyde 776 (Hautblastomykose).

Israel 765 (Nierenchirurgie).
Italia 693, 762 (Gallensteine).

Jaboulay 227 (Bauch- und Sacralsympathicus).
Jachontow 1089 (Harnleitertransplantation).
Jacobetti 695 (Bauchwunden).
Jacobs 53 (Pylorusstenose).
Jaffé 777* (Exstirpation des Wurmfortsatzes).
Jaia 197 (Ectopia vesicae).
Jakowski 542 (Bakterien und Venenthrombose).
Jamain 1122 (Kleine Chirurgie).
Javet 85 (Blennorrhagie der Frau).
Jeanbran 1057 (Syndaktylie).
Jeannel 371 (Chirurgie des Darmes).
Jedličzer 19 (Topographische Anatomie).
Jenckel 1231 (Nierengeschwülste).
Jerusalem 1170 (Ätiologie und Therapie des Erysipel).
Jervell 972 (Appendicitis).
Jessner 643 (Hautkrankheiten).
Joachimsthal *139* (Angeborene Hüftverrenkung).
—— 674 (Angeborene Hüftluxation).
Jochmann 1203 (Osteomyelitis des Brustbeins).
Jodice 71 (Blasenschnitt).
Jochner 48 (Chirurgische Mittheilungen).
Jones 128 (Tuberkelbacillen).
—— 630 (Chirurgie der Luftröhre).
Jonesco 377 (Leberechinokokken).

Jordan *127* (Gebärmutterkrebs).
—— 339 (Subkutane Milzzerreißung).
—— 909 (Venerische Bubonen).
—— 1141 (Zusammenhang von Traumen, Geschwülsten, Tuberkulose).
—— 1159 (Erysipel).
Josephson 654 (Nierenchirurgie).
Jouon 1067 (Hüftverrenkung).
—— 1068 (Gelenkmaus).
—— 1071 (Zehenmissbildung).
Judet 586 (Peritonisation bei der Laparotomie).
Juliusberg 912 (Syphilis).
Juras 1266 (Arsenbehandlung der Krebse).
Justian 1116 (Bruchtuberkulose).

Kaefer 1* (Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen).
Kammerer 938 (Anästhesirung).
Kampmann 1263 (Trauma und Gallenblasenerkrankungen).
Kaposi 50 (Appendicitis).
—— 651 (Lymphosarkom mit Hautmetastasen).
Karewski 340 (Traumatische Milznekrose).
—— 806 (Hammerzehe).
Karo 1023 (Mastdarmgonorrhoe).
Karplus 1114 (Darmverletzung).
Katzenstein 31 (Fremdkörper in Gelenken).
—— *57* (Spina bifida).
—— 384 (Ligaturenanlegung).
—— 597* (Ligaturen).
—— 1167 (Spina bifida occulta).
Kausch 564* (Cucullarisdefekt).
—— 970 (Magenektasie b. Rückenmarksläsion).
—— 984 (Sehnenreflexe b. Rückenmarksdurchtrennung).
Kawahara 1188 (Bruststich).
Kayser *134* (Schulterblatthochstand).
Keen 623 (Hirngeschwulst).
—— 630 (Chirurgie der Luftröhre).
—— 677 (Nervus radialis bei Oberarmbrüchen).
—— 678 (Neurome des N. ulnaris).
—— 1298 (Epilepsie).
Kehr 775 (Gallensteinoperationen).
—— 951 (Bauchchirurgie).
Keirle 643 (Erysipel).
Kellermann 1095 (Nierenverletzung).
Kelling *90* (Akute Magendilatation).
—— *94*, 1118 (Magenresektion).
—— 110, 737 (Magenchirurgie).
—— 329 (Prothesen bei Magen- u. Darmvereinigungen).
—— 784 (Hernia epigastrica).
—— 1025* (Zwerchfelloperationen).
—— 1189 (Lufttamponade der Bauchhöhle).
—— 1197 (Speiseröhren- u. Magenbesichtigung).
Kellner 575* (Trichosis lumbalis mit Spina bifida occulta).
Kelly 338 (Geschwülste des Wurmfortsatzes).
Kennedy 253 (Nervenkreuzung).
McKenzie 1020 (Nebennierenextrakt bei Nasenbluten).
Keyes 68 (Prostatahypertrophie).
Kiefer 336 (Magen- und Duodenalgeschwür).
Killian 517 (Ösophago- und Gastroskopie).
Kime 195 (Licht als Heilmittel).
Kinnikutt 1304 (Orchitis u. Epididymitis bei Typhus).
Kirchmayr 572 (Sehnenzerreißung).
Kirk 389 (Mastdarmvorfall).
Kirmisson 573 (Distensionsluxation der Hüfte).
—— 1065 (Caries sicca der Schulter).
Kirschner 974 (Knochentuberkulose).
Kirstein 52 (Darmverletzungen).
Kissel 430, 853 (Noma).
Kissinger 100 (Trauma und Rheumatismus).
Klaussner 1065 (Lux. clav. stern.).
Klemm 780 (Appendicitis).
—— 781 (Chronische Appendixerkrankung).
Klemperer 419, 884, 1185 (Deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts).
Klotz 1214 (Syphilis).
Kneik 667 (Sehnenüberpflanzung).
Koch 273 (Wirkung der Infanteriegeschosse).
—— 317 (Pneumotomie).
—— 688 (Eingeweidebrüche).
—— 824 (Akuter Rotz).
Kocher *58* (Kropfoperationen).
—— 419, 886 (Encyklopädie d. Chirurgie).
Köhler 269 (Chirurgie der Schussverletzungen).
—— 315 (Exostosen mit Neuralgien).
—— 357 (Unterschenkelgeschwür).
Kölliker 792* (Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt).
—— 1171 (Äther-Chloroformnarkose).
König *125* (Hodentuberkulose).
—— 162 (Äthylchloridnarkose).
—— 313 (Anurie).
—— 314 (Encephalocele).
—— 314 (Osteomyelitis).
—— 555 (Bottinische Prostataoperation).
—— 1058 (Erkrankungen d. Hüftgelenks).
—— F. 241* (Referat und Kritik).
Köppelin 1118 (Haargeschwulst im Magen).
Körte 149 (Unterbindung der Aorta).
—— 380 (Lungengangrän).
—— 380 (Resektion des Femur).
—— 381 (Stichverletzung des Zwerchfelles und der Milz).
—— 381 (Schulterverrenkung).
—— 449 (Magengeschwür).
—— 592 (Perityphlitis).
—— 673 (Knieverletzung).

Kohlhardt *23* (Entgiftung d. Cocains).
Kok 334 (Appendicitis).
Kolaczeck 379* (Schrägbrüche des Unterschenkels).
Kolb 1277 (Milzruptur).
Kolben 1037 (Traumatische Spätapoplexie).
Kolotinski 870 (Verätzung der Speiseröhre).
Kompe 918 (Nasenbluten).
Kopfstein 697 (Hernien).
—— 1019 (Carcinom).
—— *1046* (Mediastinitis).
Kopylowski 980 (Anatomie d. Herpes zoster).
Korff 1006 (Narkose).
Koslowsky 436 (Ascites bei Lebercirrhose).
Kossobudzki 533 (Darmblutung).
Kovatscheva 540 (Blastomyceten und Geschwülste).
Kozicki 542 (Antistreptokokkenserum).
Kraenzle 388 (Gastrostomie).
Krahn 852 (Noma).
Krahulik 1055 (Scoliosis ischiadica).
Kramer 230 (Neurolyse u. Nervennaht).
—— 369* (Irreponible Unterkieferverrenkung).
—— 905* (Thrombosirte Unterschenkelvaricen).
Kraske *61* (Strumaoperationen).
Krassnobajeff 437 (Lithotripsien bei Kindern).
Kratzenstein 19 (Topographische Anatomie).
Kraus 1295 (Intravesicale Behandlung).
Krause *48* (Intracranielle Trigeminusresektion).
—— 1045 (Rückenmarksgeschwülste).
Krecke 101 (Aseptisches Operiren).
—— 1159 (Vioform).
Kreibich 469 (Mikroben bei Ekzem).
Kreiss 260 (Wirbelverrenkungen).
Kreissl 302 (Prostatahypertrophie).
—— 302 (Blasengeschwür).
Kretz 950 (Appendicitis).
Krieg 1032 (Atlas d. Nasenkrankheiten).
Krjnkow 877 (Milzverletzungen).
Krönlein *22* (Inhalationsnarkose bei Oberkieferresektion).
—— *28* (Schussverletzungen).
—— *46* (Hirngeschwülste).
—— *48* (Hirntuberkel).
—— 292 (Schädel-Hirnschüsse).
Krogius 519 (Appendicitis).
Kronacher 489* (Äthernarkose).
Krosta 1262 (Sanitätsbericht).
Krug 1280 (Gallenwegeausräumung).
Krumbein 819 (Streptokokkenserumtherapie).
Krumm 775 (Cholecysto-Gastrostomie).
v. Kryger 928 (Endotheliom der Zunge).
Krylow 228 (Gastroenterostomie).
Krynski 1269 (Wanderniere und chronische Appendicitis).
Kudrjaschoff 1044 (Spondylitis deformans).
Kühn 679 (Lähmung eines Nervenastes).
—— 728 (Spondylitis typhosa).
Kümmell 72 (Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und Urins).
—— 87 (Chirurgie der Niere).
—— *108* (Nierenkrankheiten).
—— 1200 (Hirschsprung'sche Krankheit).
Küster *54* (Rhinoplastik).
—— 78 (Nierenoperationen, Retentionsgeschwülste der Niere).
—— 102 (Operationshandschuhe).
—— *103* (Nierenchirurgie).
—— *150* (Fußwurzelexartikulation).
Küstner 946 (Gynäkologie).
Küttner 284 (Kriegschirurgische Erfahrungen in Südafrika).
—— 839 (Röntgenaufnahmen).
—— 900 (Vereinslazarett des rothen Kreuzes in China).
Kuhn 342 (Gallensteinoperationen).
—— 613* Tüll bei der Transplantation).
—— 619 (Intubation und Tracheotomie).
—— 1171 (Tetanus nach Gelatineinjektionen).
—— 1174 (Transplantation).
—— 1281* (Perorale Intubation).
Kukula 788 (Autointoxikationen bei Darmverschluss).
—— 988 (Blasennaht).
—— 1191 (Darmeinklemmung).
Kulisch 302 (Cystoskopie).
Kullmann 554 (Urethroskopie).
Kummer 360 (Hirnstörungen).
Kusnetzow 105 (Ascitesbehandlung).
Kuss 1065 (Caries sicca der Schulter).
Kutner 1212 (Tripper).

Laache 971 (Appendicitis).
Labadie-Lagrave 1091 (Gynäkologie).
Labbé 831 (Fetthals).
Ladinski 604 (Appendicitis).
Lafarelle 509 (Trepanation d. Warzenfortsatzes).
Lagarde 293 (Gewehrschusswunden).
Lagrange 1163 (Implantation von Kaninchenaugen).
Lambertz 571 (Skiaskopie).
Laméris 112 (Dünndarmatresie).
Lanbry 1215 (Gerbergeschwür).
Lancereaux 134 (Gelatineinjektionen bei Aneurysmen).
Landerer 661 (Hetol gegen Tuberkulose).
Lange 1172 (Sehnenverpflanzung).
Langemak 228 (Appendicitis).
—— 531* (Gipsfenstersucher).
Langenbuch 675 (Peritonitis).
Langer 1280 (Hämangiom der Leber).
Lannois 509 (Stummheit).
—— 1092 (Chinin gegen Krebs).
Lansdown 723 (Hirnsarkom).
Lapeyre 941 (Appendicitis).
Lanz 506 (Leontiasis).

Lanz 520 (Appendicitis).
—— 735 (Amputation d. Wurmfortsatzes).
—— 949 (Gonorrhoe).
—— 985 (Schilddrüsenfieber).
—— 1104 (Magenchirurgie).
Lartigan 479 (Gonorrhoische Endokarditis).
—— 1202 (Sarkom der Schilddrüse).
Laubié 194 (Botryomykose).
Lauenstein 53 (Magenblutungen).
—— 71 (Skiaskopie der Nierensteine).
—— 153* (Kniegelenkverletzungen, Haemarthros genu).
—— 1001* (Sehnenscheidenphlegmone bei Fingeramputation).
—— 1117 (Leistenbrüche).
—— 1140* (Radikaloperation der Hydrocele).
Lauper 687 (Peritonitis tuberculosa).
Laurent 51 (Magenschuss).
—— 152 (Hohlfuß).
Laval 274 (Schusswunden).
—— 890 (Kriegsverwundungen).
Lecène 1043 (Tuberkulose der Parotis).
Lecrenier 586 (Cocainisirung des Rückenmarkes).
Lediard 319 (Aneurysmen).
Legrand 1230 (Steinniere).
Legueu 69, 83 (Prostatahypertrophie).
—— 668 (Schulterverrenkung).
—— 1058 (Nierentuberkulose).
—— 1091 (Gynäkologie).
Leistikow 940 (Tripperrheumatismus).
—— 984 (Kinderekzem).
Lejars 51 (Herniologisches).
—— 709 (Chirurgie der ersten Hilfe).
Lemarchand 374 (Gastrostomie).
Lemmen 391 (Fersenbeinbrüche).
Lengemann 628 (Knorpelrest im Kopfnicker).
Lennander 108 (Spaltung der Nieren).
—— 146 (Incontinentia ani).
—— 209* (Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen).
—— 318 (Pyonephrose).
—— 338 (Incontinentia ani).
—— 532 (Speiseröhrenpolyp).
—— 535 (Dilatation d. Flex. sigmoidea).
—— 732 (Peritonitis).
Lenzmann 604 (Appendicitis larvata).
Leonpacher 407 (Kochsalzinfusionen).
Lepage 1067 (Hüftverrenkung).
Leredde 485 (Lupus).
Leri 1020 (Cocain bei Ischias).
Leser 1201 (Bösartige Geschwülste).
Lessing 582 (Sehnenriss).
Létulle 236 (Gekröscyste).
Leven 939 (Gonorrhoe).
Levy 72 (Phosphatstein in der Niere).
—— 530 (Mastdarmresektion).
Lévy 509 (Stummheit).
Levy-Dorn 9 (Röntgenstrahlen).
—— 71 (Phosphatstein in der Niere).
Lewenstern 1228 (Aneurysma der A. carotis int.).
Lewin 1220 (Endovesicale Behandlung).
Lewy 1022 (Magenkrebs).
Lexer 56 (Inklusion der Bauchhöhle).
—— 168 (Ganglion Gasseri).
—— 176 (Entfernung eines retroperitonealen Lipoms).
—— 264 (Angeborene Nasenspalte).
—— 752 (Retroperitoneales Lipom).
—— 1174 (Exstirpation des Ganglion Gasseri).
v. Leyden 419, 885 (Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts).
—— 1091 (Tetanus).
—— 1185 (Deutsche Klinik).
Liaras 438 (Zahn im Sinus maxillaris).
Libmann 962 (Dünndarmsarkom).
Lichtwitz 917 (Nasenkrankheiten).
Liebert 223 (Wachsthum d. Carcinome).
Limberger 795 (Gelenkhydrops).
Lindner 596 (Gallensteinchirurgie).
Linser 264 (Unterbindung d. V. jug. int.).
—— 356 (Traumatische Epiphysenlösung).
—— 403 (Schiefhals).
—— 410 (Sacralgeschwülste).
—— 415 (Dystopia testiculi transversa).
Lion 914 (Jodkaliresorption).
Lipawski 1008 (Appendicitis).
Lipowski 12 (Erkrankungen der Stirn- und Kieferhöhlen).
Little-Dale 407 (Aktinomykose).
Llobet 232 (Stenose der Speiseröhre).
Löhlein 41 (Tuberkulöse Peritonitis).
—— 676 (Multiple Fremdkörper).
—— 676 (Nierencarcinom).
Löw 996 (Doppelharnröhre).
Löwenhardt *100* (Blasengeschwülste).
—— 1216 (Harnleiterverlauf).
Löwenthal 666 (Knochenbrüche).
Lohnstein 986 (Harnröhrenstrikturen).
Loison 365 (Osteome).
—— 734 (Peritonitis).
—— 1100 (Typhöse Darmperforation).
—— 1208 (Milzzerreißung).
—— 1277 (Milzruptur).
Lombard 532 (Ösophagotomie).
Lombardi 1105 (Gastroenterostomie).
Long 406 (Tetanus).
Loos 150 (Varix der V. saphena).
—— 356 (Bicepsrupturen).
Lorenz 11 (Mikrognathie).
—— 471 (Orthopädie).
—— 580 (Bruch des Tub. min. humeri).
—— 750 (Mastdarmgeschwülste).
—— 1176 (Behandlung des Schiefhalses).
Lorenzen 472 (Devivationen d. Rumpfes).
Losin 436 (Sectio alta).
Lotheissen 1007 (Nerven- und Sehnennaht).
Lothrop 237 (Filariasis).
Lovett 802 (Psoasabscess).
Low 697 (Appendicitis).
Lublinski 993 (Chronisches Hautödem).
Luc 726 (Laryngofissur).
Luc 1040 (Mittelohreiterung).
Ludloff 298* (Röntgenphotographien).

Ludloff 802 (Tuberk. Hüftentzündung).
Lüttgen 113 (Ileus).
Luksch 309 (Ellbogenverrenkung).
Lund 743 (Pankreatitis).
—— 962 (Magengeschwür).
Lüning 165 (Orthopädische Chirurgie).
Luxenburger 1184 (Hemiatrophia facialis).
Luys 496 (Verletzung der Blutleiter der harten Hirnhaut).
—— 842 (Verletzungen der Sinus durae matris).
Lympius 774* (Chronische Colitis).
Lyon 183 (Echinococcus der Pleura).
—— 826 (Krebsstatistik).
Lyssenkoff 433 (Schenkelbrüche und Bauchbrüche).

Maag 20* (Chloroformtod).
Maass 566 (Störungen des Knochenwachsthums).
Mackenzie 922 (Kehlkopfkrebs).
MacLagan 1009 (Unterleibstyphus).
McPherson 414 (Wanderniere).
Madsen 1288 (Tetanolysin).
Maillard 566 (Pseudorheumatismus).
Maillefert 1069 (Kniescheibenverrenkung).
Majewski 535 (Darmchirurgie).
Makins 895 (Kriegserfahrungen in Süd-Afrika).
Malapert 359 (Pneumatocele cranii).
Malenjuk 455 (Echinokokken).
Malherbe 662 (Bromäthyl).
—— 1041 (Mittelohrentzündung).
Mally 149 (Resektion des N. med.).
Malthe 971 (Appendicitis).
—— 973 (Diffuse supp. Peritonitis).
Manasse 354 (Nervenpfropfung).
Manger 46 (Typhöse Darmperforation).
v. Mangoldt *144* (Hüftgelenksentzündung).
Mann 648 (Nieren uud Narkose).
—— 1094 (Blasenexstirpation).
Marchand 608 (Darminvagination).
Marcinowsky 113 (Ileus).
Marcou 911 (Syphilis).
Mariani 137 (Unterschenkelgeschwüre).
—— 362, 628 (Basedow'sche Krankheit).
—— 1015* (Resektion des Halssympathicus bei Epilepsie).
Marie 679 (Ischias).
Marraosini 1090 (Hodendegeneration).
Marsh 752 (Netzkystom).
v. Marschalkó 482 (Hautmyome).
—— 916 (Histologie des Rhinosklerom).
—— 916 (Plasmazellen im Rhinosklerom).
Martens 54 (Darmverengerungen).
—— 314 (Exstirpation von Mastdarmcarcinom).
—— 328 (Bauchfelltuberkulose).
Martin 873 (Cardiospasmus).
—— 953* (Epityphlitisoperation, Enteroanastomose).
Martinoff 428 (Phlegmone ligneux).
Marwedel 318 (Hypospadieoperation).
—— 342 (Chirurgie des Pankreas.)
—— 409 (Persistirender Urmund).
Marx 126 (Bakteriologisches).
—— 127 (Virulenzbestimmung der Bakterien).
—— 1097* (Chinin als Stypticum und Antisepticum).
v. Mašek 262 (Sarkome).
Massaut 855 (Intermittirende Lähmung der Arme).
Matanowitsch 551 (Spontangangrän).
Mathieu 1064 (Gonorrhoische Gelenkentzündung).
Matignon 903 (Belagerung der französischen Gesandtschaft in Peking).
Matthiolius 278 (Kriegserfahrungen in Südafrika).
—— 1182 (Schädelschüsse).
Matzenauer 909 (Hospitalbrand).
Mauclaire 73 (Hodentuberkulose).
—— 829 (Spondylitis).
—— 1112 (Bauchverletzungen).
—— 1182 (Schädelschüsse).
—— 1208 (Milzzerreißung).
Maunsell 747 (Magengeschwür).
Maydl 624 (Hirncysticercus).
Mayer 566 (Gelenkrheumatismus).
Mayet 618 (Kropf).
Mayo 454 (Ileocoecalklappe).
—— 1123 (Narkose bei Herzkranken).
Mayr 1205 (Pathologie der Speiseröhre).
Mazzoni 1016 (Krankenhausbericht).
v. Meer 1117 (Hernia obturatoria).
Meerowitz 428 (Medullarnarkose).
Meinel 653 (Nierenechinococcus).
Meisel 55 (Analfisteln).
Meiser 846 (Brüche der Mittelfußknochen).
Melis 643 (Syphilis).
Ménard 170 (Spondylitis).
Mendel 256 (Epilepsie und Trauma).
Mendelsohn 1236 (Krankenpflege).
Merkens *39* (Hirnkomplikationen von Otitis).
—— 673 (Hirnkomplikationen).
—— 713 (Mittelohreiterung).
—— 781 (Peritonitis nach Appendicitis).
—— 926* (Bougirung des Ösophagus).
—— 1162 (Sprachstörungen bei Otitis).
Mertens 257 (Deckung von Schädeldefekten).
—— 579 (Syringomyelie).
—— 1138 (Fersenbeinbrüche).
Metschnikoff 591 (Appendicitis).
Meusel 727 (Kropfoperation).
—— 1207 (Herniotomien).
Meyer 203 (Invalidenversicherungsgesetz).
Michailow 807 (Lipoma arborescens).
—— 830 (Brustdrüsentuberkulose).
—— 879 (Leberneuralgie).
—— 950 (Magengeschwür).
—— 997 (Harninkontinenz).
Michon 87 (Wanderniere).

v. **Mikulicz** *16* (Allgemeine und Lokalanästhesirung).
—— 40 (Handbuch der praktischen Chirurgie).
—— 113 (Ileus).
—— 1197 (Magencarcinom).
Middeldorpf 702 (Ileus).
Mieczkowski 1267 (Narkose).
Milian 546 (Hydrocele).
—— 727 (Hämothorax).
—— 463 (Echinokokken).
Mills 623 (Hirngeschwulst).
Milton 631 (Fremdkörper in den Luftwegen).
Minin 570 (Phototherapie).
—— 1212 (Heilwirkung d. blauen elektrischen Lichtes).
Mintz 428 (Medullaranästhesie).
—— 746 (Akute gelbe Leberatrophie).
—— 962 (Magensarkom).
Miwa 427* (Pneumatosis cystoides intestinorum).
Miyake 868 (Gallensteine).
Moberg 469 (Mikroben bei Ekzem).
Modlinski 1262 (Schusswunden).
Möller 652 (Prostatatuberkulose).
—— 913 (Syphilis).
Möllers 837 (Décollement traumatique).
Mohaupt 397 (Hautdesinfektion).
Mohr 662 (Schussverletzungen).
—— 1000 (Polycystische Niere).
—— 1264 (Recidive nach Operationen an den Gallenwegen).
Moingeard 894 (Blutstillung).
Molinié 724 (Subdurale Abscesse).
Mollard 1092 (Melanotischer Krebs).
Monnier 119 (Angeborene Pylorusstenose).
Monod 1070 (Traumatische Epiphysenlösung).
Monro 1064 (Ankylose).
Montgomery-Ricketts 776 (Hautblastomykose).
Montini 151 (Nervendehnung).
Moreau 578 (Wasserstoffsuperoxyd).
Morian 364 (Myositis ossificans).
—— 366 (Intratendinöse Ganglien).
Moriani 863 (Gelatineeinspritzungen).
Morris 648 (Wanderniere).
Morton 750 (Chirurgie des Dickdarmes).
—— 854 (Kleinhirnabscess).
Moschowitz 640 (Tetanus).
Moschkowitz 74 (Hodentuberkulose).
Moser 386 (Blinddarmdivertikelbruch).
—— 949 (Peritonitis bei Typhus).
Moskowicz 492* (Infiltrationsanästhesie).
Most 13 (Lymphgefäßapparat).
Moty 1165 (Weisheitszahn).
Moullin 52 (Magenblutungen).
Moulton 703 (Mastdarmzerreißung).
Moure 261 (Epiglektomie).
—— 509 (Trepanation des Warzenfortsatzes).
—— 1166 (Mandelabscesse).
Mousarrat 752 (Netzkystom).
Moynihan 690 (Sanduhrmagen).
—— 1021 (Duodenalzerreißung).
Mühlig 650 (Wismuthvergiftung).
Mühsam *85* (Perityphlitis).
—— 179, 542 (Holzphlegmone).
—— 780 (Antiperistaltik).
—— 1252 (Appendicitis und Typhus).
Müller 250* (Pseudarthrose des Nagelgliedes).
—— 308 (Hängende Schultern).
—— 629 (Brustempyeme).
—— 678 (Fingergeschwülste).
—— 681* (Topographie des Processus vermiformis).
—— 879 (Gallenblasenoperation).
—— 1285 (Tuberkelbacillen und Sporenfärbung).
Mugnai 376 (Gastroenterostomie).
Mundell 573 (Handgelenkstuberkulose).
Munger 444 (Enzymol gegen inficirte Wunden).
Munroe 942 (Appendicitis).
Murphy 693 (Mastdarmexstirpation).
Muus 1037* (Diagnose des Wurmfortsatzes).
Mynter 444 (Appendicitis).

Nannotti 691 (Darmausschaltung).
—— 703 (Milzexstirpation).
—— 1192 (Splenektomie).
Napalkow 435 (Mastdarmvorfall).
—— 677 (Gelenk zwischen Oberarm und Schlüsselbein).
Natanson 429 (Exstirpation des Thränensackes).
Naudet 371 (Laparotomie).
Navarro 976 (Mal perforant).
—— 1109 (Mastdarmstrikturen).
Navratil 423 (Sklerom).
Neck 28 (Stauungsblutungen).
—— 446 (Netzabbindungen).
Nedler 76 (Uterusmyome).
Nehrkorn 639 (Multiplicität bösartiger Geschwülste).
Neisser 1286 (Staphylotoxin).
Nélaton 474 (Coxitis).
Neufeld 932 (Pneumokokken).
Neugebauer 61* (Wangenplastik).
—— 604 (Appendicitis).
Neumann 25, 330 (Magenerweiterung).
—— 107 (Appendicitis).
—— 387 (Hernia retrocoecalis).
—— 467 (Syringocystom).
—— 985 (Kretinismus).
Newmann 68 (Prostata-Incisor).
Nicaise 463 (Echinokokken).
Nicolai 554 (Urethroskopie).
Nicolaysen 606 (Magenchirurgie).
Nicoli 724 (Kleinhirnabscess).
Nicolich 1093 (Harnseparator).
Niederle 1023 (Mastdarmkrebs).
Niehues 229 (Zimmtsäurebehandlung bei Tuberkulose).
Nilus 624 (Hirntuberkel).

Nimier 274 (Schusswunden).
—— 364 (Osteome).
—— 890 (Kriegsverwundungen).
Ninni 1024 (Pankreasverletzung).
Nobel 196 (Lupusbehandlung).
Nobl 470 (Lupustherapie).
—— 480 (Syphilis).
Noeggerath 395 (Luftinfektion).
v. Noorden 745 (Nabelgeschwulst).
Noquet 726 (Geschwulst des Gaumensegels).
Nordmann 1152 (Lymphcysten des Oberschenkels).
Nouëne 845 (Gehverbände).
Nourrit 631 (Fremdkörper in den Luftwegen).
Nové-Josserand 149 (Angeborene Hüftverrenkung).

Oberst 1239 (Knochenbrüche und Verrenkungen von Fingern, Hand und Vorderarm).
Ochsner 957 (Appendicitis).
Oddo 341 (Leberabscess).
Oderfeld 1202 (Metastasen von Schilddrüsengewebe).
—— 1268 (Chirurgie der Gallenblase).
Odisio 533 (Tubenhernien).
Oehler 327 (Bauchfelltuberkulose).
Ölsner 923 (Brustkrebs).
Ohl 990 (Hydrocele).
Olivier 295 (Bajonettwunden).
Ollier 1128 (Subperiostale Resektionen).
O'Neil 991 (Erkrankung der Samenblase).
Opie 459 (Gallensteine).
v. Oppel 425 (Fremdkörper im Herzen).
Oppenheim 854 (Diagnostik der Gehirnkrankheiten).
—— 1250 (Rückenmarkstumor).
Orlow 852 (Elephantiasis).
—— 1265 (Echinococcotomie).
Orlowski 544 (Urotropin).
Ostermeier 752 (Fettgewebsnekrose).

Packard 759 (Ascites bei Lebercirrhose).
Paffrath 316 (Hals-Brustverletzung).
Pagel 98 (Biographisches Lexikon).
Pagenstecher 316 (Herzchirurgie).
—— 1149 (Extremitätenmissbildungen).
Paldrock 479 (Gonorrhoische Gelenkleiden).
Pancot 1069 (Angeborene Beugestellung des Knies).
Pantaloni 927 (Acne hypertrophica der Nase).
—— 952 (Fibrosarkom d. Samenstranges).
Parascandolo 442 (Künstliche Durchblutung).
—— 1085 (Cystitis).
Pariser 958 (Erosionen der Magenschleimhaut).
Park 1004 (Krebs).
Parona 648 (Varicocele).
—— 872 (Bauchbruch).
Pasquier 1020 (Cocain bei Ischias).
Pasteau 87 (Wanderniere).
—— 646 (Prostatasteine).
Patel 578 (Chinin gegen Lymphadenie).
—— 617 (Adenitis manubrii).
—— 944 (Darmfistel).
—— 1107 (Widernatürlicher After).
—— 1217 (Anurie bei Gebärmutterkrebs).
Pauchet 116 (Chirurgie d. Gallenwege).
—— 854 (Nervenchirurgie).
Paul 1123 (Händedesinfektion).
Paulesco 134 (Gelatineinjektion b. Aneurysmen).
Payr 30 (Veraltete Hüftverrenkungen).
—— *124* (Hodentuberkulose).
—— *141* (Hüftverrenkung).
—— 405 (Knochenoperationen am Schädel).
—— 414 (Wanderniere).
—— 513* (Verwendung des Magnesium).
—— 692 (Operationen am Dickdarm).
—— 877 (Sacralafter).
—— 1042 (Rhinoplastik).
—— 1148 (Blutgefäßnaht).
Pels-Leusden 440 (Aortenaneurysma).
Pendl 555 (Blasenektopie).
—— 1302 (Fremdkörper in der Harnblase).
Pepper 761 (Leber- und Nebennierensarkom).
Péraire 904 (Gehirnschuss).
—— 976 (Mal perforant).
—— 1038 (Trepanation).
Péreire 149 (Resektion des N. med.).
Perez 710 (Influenza).
Perman 415 (Nierenexstirpation).
Perondi 735 (Blinddarm und Wurmfortsatz).
Peronidi 43 (Anatomie d. Blinddarmes),
Perrin 1091 (Leucoplakia vulvo-analis).
Perrolini 256 (Hautverpflanzung).
—— 862 (Krause'sche Läppchen).
Perthes 1048 (Pleuraempyem).
Peters 871 (Resektion d. fetten Bauchdecke).
—— 1230 (Harnleitereinpflanzung in den Mastdarm).
Petersen *4* (Krebs).
—— 229 (Jahresbericht).
—— 593 (Brandige Brüche).
—— 683 (Bauchschüsse).
—— 527 (Gastroenterostomie).
Petit 120 (Milzechinococcus).
—— 740 (Zuschnürung des Duodenums).
—— 947 (Gynäkologische Anatomie).
Petrow 118 (Peritonitonis).
—— 843 (Hirnbrüche).
—— 955 (Speiseröhrencysten).
Peyrot 546 (Hydrocele).
Pezzoti 994 (Adenoma sebaceum).
Pfannenstiel 512 (Paraffineinspritzungen).
Pfeiffer 1079 (Botryomykose).
Phelps 45 (Herniologie).
—— 50 (Hernie).

Phelps 147 (Klumpfuß).
—— 594 (Bruchoperationen).
—— 1053 (Gelenkentzündungen).
—— 1168 (Pott'sche Krankheit).
Philippsohn 994 (Phlebitis nodularis necrotisans).
Phocas 1069 (Angeborene Beugestellung des Knies).
Piaget 348 (Wechselstrom).
Pichler 417* (Aluminiumbronzedraht).
—— 454 (Mastdarmkrebs).
Pick 963 (Infektion der Gallenwege).
Picqué 365 (Osteome).
Piffard 195 (Elektricität in d. Dermatologie).
Pignot 644 (Pilzkrankheiten).
Pilser 1125 (Angioma cavernosum).
Pinatelle 626 (Epitheliom des Zäpfchens).
Piollet 1149 (Gefäßrisse bei Schlüsselbeinbrüchen).
Pitres 543 (Cocainisirung des Rückenmarkes).
Plaut 983 (Mikrosporie).
Poirier 1115 (Appendicitis).
—— 1181 (Schädelbruch).
Polaillon 618 (Chirurgie d. Rumpfes).
Polak 1159 (Desinfektion chirurgischer Instrumente).
Poncet 193 (Botryomykose).
Ponfick 884 (Topographischer Atlas d. med.-chir. Diagnostik).
Popper 809* (Neue Oberarmfrakturenschiene).
—— 156* (Kniescheibenbrüche).
Pork 771 (Nierenkapselgeschwülste).
Port 172 (Skoliose).
—— 603 (Perisyphilitischer Douglasabscess).
Porter 583 (Kniescheibenbruch).
—— 821 (Eitrige Perikarditis).
Posner 646 (Behandlung der Prostatahypertrophie).
—— 1200 (Überzähliger Harnleiter).
Pospelow 927 (Syphilis).
Postnikow 870 (Speiseröhrenverengerung).
Potel 150 (Genu recurvatum).
Potorowski 1304 (Eierstocksfibrom).
Pousson 70 (Prostatahypertrophie).
—— 652 (Blasentuberkulose).
Pratt 237 (Filariasis).
Preble 482 (Nervenfibrom und Arthritis deformans).
Preindlsberger 654 (Nierenchirurgie).
—— 67 (Urologische Beiträge).
Preuss 859 (Chirurgie).
Prévost 464 (Thoraco-Xiphopag).
Prichard 333 (Chirurgie des Magen-Darmkanals).
Pritchard 1207 (Ileus).
Prochownik 208 (Nephrektomie).
Profichet 651 (Hautsteine).
Prokunin 430 (Operative Wege in die Rachenhöhle).
Prutz 115 (Mastdarmkrebs).
—— 454, 790 (Mastdarmkrebs).
Pryor 647 (Cystoskopie).
Pudneff 434 (Appendicitis).
Pupovac 558 (Peniscarcinom).

Quadflieg 744 (Speiseröhrenleiden).
—— 747 (Hernia ovarica inguinalis).
—— 875 (Invagination).
Quénu 387 (Gastrostomie).
—— 586 (Peritonisation bei der Laparotomie).
—— 915 (Schädelbasisbrüche).
—— 1256 (Mittelfußverrenkung).
de Quervain 419, 886 (Encyklopädie der Chirurgie).
Quincke 362 (Athyreosis).
—— 1194 (Lungenkrankheiten).

Raab 194 (Eksem und Impetigo).
Radzich 928 (Zungenabscess).
Raffa 535 (Enteroanastomose).
Rager 366 (Angeborene Hüftverrenkung).
—— 677 (Schulterblatthochstand).
—— 1225 (Myositis).
Rajewski 429 (Wundheilungsprocess).
Rank 655 (Hydropyonephrose).
v. Ranke 100 (Noma).
Ransom 1004 (Tetanus).
Ranvier 907 (Pathologische Histologie).
Raoult 1040 (Ohrleiden).
Rasumowsky 431, 952 (Gekrösgeschwülste).
—— 432, 875 (Gastropexie).
—— 455 (Echinokokken).
—— 998 (Blasengeschwür).
Rathmann 38* (Handoperationstisch).
Ratimow 438 (Lymphangiom d. weichen Gaumens).
Rauch 48 (Hämorrhoiden).
Reber 1109 (Mastdarmstrikturen).
Reclus 543 (Cocainisirung des Rückenmarks).
Redtlob 507 (Encephalocystocele).
Reerink 33* (Luxation der Peroneussehnen).
Reger *36* (Schädelschüsse).
Regnier 471 (Mechanotherapie).
Rehn *80* (Appendicitis).
—— 1202 (In- und Extubationsapparat).
Reich 411 (Plastik am Penis).
Reichard *143* (Coxa valga).
—— 440 (Perikarditis).
Reimann 1300 (Rückenmarksstichverletzung).
—— 1303 (Hydronephrose).
Reinbach 2 (Wundgranulationen).
—— 608 (Defekt und Lageanomalie des Dickdarmes).
Reiner 828 (Spina bifida occulta).
—— 1246 (Epiphyseolyse bei Genu valgum).
Reinhard 299*, 560* (Äthernarkose).
Reis 129 (Osteomyelitis).
Remedi 400 (Hydrocele vaginalis).
—— 442 (Antiseptik b. Mikroorganismen).

Remedi 533 (Radikaloperation von Brüchen).
—— 1101 (Appendicitis).
—— 1140 (Varicen der Unterextremitäten).
Renner 819 (Katgut).
Rénon 951 (Innere Einklemmung).
Respighi 993 (Hyperkeratosis centrifuga).
Rey 1203 (Mastitis).
Reynier 74 (Haematocele uterina).
—— 74 (Hysterectomia abdominalis).
Reynolds 556 (Harnleitereinpflanzung in die Blase).
Rheinwaldt 1106 (Dünndarmsarkom).
Riche 925 (Unterbindung der Aorta abdominalis).
Richardson 408 (Tuberkulose der Gekrösdrüsen).
—— 607 (Idiopathische Dickdarmerweiterung).
—— 652 (Ureterocystanastomose).
Richter 303 (Nierendiagnostik).
—— 1302 (Prostatitis).
Ricketts 776 (Hautblastomykose).
Riecke 981 (Ichthyosis congenita).
Riedel 1012 (Gallensteine).
Riedinger 203 (Scoliosis traumatica).
—— 1243 (Willkürliche Verrenkung des Oberarms).
Ringel *29* (Schussverletzungen).
Riese 55 (Darmverengerungen).
—— *88* (Appendicitis).
—— 384 (Demonstration von Präparaten).
Ritter 400 (Erfrierungen).
—— 864 (Künstliche Hyperämie).
—— 1029 (Krebs).
Rivière 259 (Adenoide Wucherungen und Myxödem).
Rizzo 198 (Harn und Peritoneum).
Roberts 679 (Geschwülste des Nervus ischiadicus).
Robinson 140 (Cholecystocolostomie).
Robson 1013 (Pankreatitis).
Rochet 199 (Chirurgie der Niere und des Harnleiters).
Rodier 921 (Facialislähmung).
Roersch 703 (Mastdarmvorfall).
Roger 50 (Appendicitis).
—— 1112 (Bauchverletzungen).
Roll 972 (Akute Appendicitis).
Roloff 232 (Brustdrüsengeschwülste).
Romniciano 357 (Coxitis).
Roncali 720 (Laminektomie).
Dalla Rosa 378 (Ductus cysticus).
Rosciano 1044 (Kehlkopfexstirpation).
Rose 684 (Appendicitis).
—— 782 (Bauchfelltuberkulose).
Rosenberger 860 (Karbolgangrän).
Rosenstein 830 (Bösartige Brustdrüsengeschwülste).
—— 1229 (Harnröhrenimplantation in den Mastdarm).
Roskam 1085 (Wanderniere).
Roskoschny 876 (Darmausschaltung).
Rossi 568 (Heilung d. Knochenbrüche).
—— 1060 (Kniescheibenbruch).
Roth 269 (Jahresbericht).
Rothschild 486 (Irreponible Knochenbrüche).
Rotter 43, *84* (Perityphlitis).
—— *136* (Humerusresektion).
—— 823 (Anus praeternaturalis).
Routier 557 (Harnleitereinpflanzung in die Blase).
de Rouville 225 (Chirurgie des praktischen Arztes).
—— 1024 (Spina bifida).
Ruault 437 (Fremdkörper in der Nase).
Rütimeyer 526 (Magencarcinom).
Ruff 1266 (Trauma und bösartige Geschwülste).
Ruggles 479 (Gonokokken).
Rumpel 545 (Gefrierpunkt von Blut und Harn).
Rybalkin 167 (Epilepsie).
Rydygier 463 (Magenoperation).
—— 1267 (Aneurysmen der Anonyma).
—— 1268 (Geschwülste der Flexura sigmoidea).
—— 1269 (Mastdarmgeschwülste).

Sabbatoni 330 (Funktion d. Darmes).
Sabrazès 194 (Botryomykose).
Sachs 720* (Exstirpation der Gebärmutter).
Sackchejew 437 (Fremdkörper in der Nase).
Sackur 1082 (Gelatine und Blutgerinnung).
Saint-Philippe 631 (Fremdkörper in den Luftwegen).
Sajous 885 (Encyklopädie der Medicin).
Sakcheew 429 (Nekrose am Schädelknochen).
Salogi 234 (Brucheinklemmung).
Salomon 463 (Echinokokken).
Salomoni 464 (Arteriennaht).
Salistscheff 345* (Radikaloperation großer Bauchwandbrüche).
Saltykoff 661 (Gewachste Seidenfäden).
Sampirescu 19 (Osteoplastische Amputationen).
Samter *79* (Peritonealtamponade).
Sapejko 1160 (Resektion des Ganglion Gasseri).
Sapeszko 430 (Exstirpation des Ganglion Gasseri).
—— 432 (Magenresektion).
Saquet 1169 (Skoliose).
Sarfert *67* (Lungenschwindsucht).
Saritschew 432 (Darmverletzungen).
—— 1119 (Darmsteine).
Sarwey 1123 (Händedesinfektion).
Saxtorph 81 (Tuberkulose d. Harnwege).
Schaefer 278 (Die Lanze).
Schäfer 1006 (Nebennierenextrakt).
—— 1070 (Exostose der Fibula).
Schaeffer 89* (Chirol).
Schäffer 202 (Unfallversicherungsgesetz).
—— 626 (Wirbelverletzungen).
Schanz 173, 1169 (Skoliose).

Schanz 605 (Bruchband).
—— 1054 (Skoliosenbildung).
—— 1055 (Kyphosenbehandlung).
—— 1135 (Statische Deformitäten).
Schattenfroh 396 (Buttersäurebacillen).
—— 396 (Rauschbrand).
Schede 1178 (Tumoren der Rückenmarkssäule).
Scheffer 19 (Topographische Anatomie).
Scheiber 831 (Torticollis).
Scheier 922 (Kehlkopfkrebs).
Scheller 932 (Serum).
Schenk 101 (Händedesinfektion).
Scherck 565 (Gonorrhoe).
Schiemann 434 (Volvulus coeci).
Schiff 848 (Röntgentherapie).
Schiller 103 (Renthiersehnenfäden).
—— 1182 (Schädelhyperostose).
Schilling 1067 (Schnellender Finger).
Schjerning *26* (Schussverletzungen).
Schlagenhaufer 727 (Sarkom der bronchialen Lymphdrüsen).
Schlagintweit 555 (Instrumente für die Harnorgane).
—— 645 (Gonorrhoische Prostatitis).
—— 987 (Prostatahypertrophie).
—— 1220 (Bottini'sche Operation).
Schlatter 616 (Oberkieferresektion).
—— 1206 (Stichverletzungen).
Schleich 671 (Unterschenkelgeschwür).
Schlender 727 (Strumitis).
Schlesinger 669 (Angeborene Hüftverrenkung).
Schlick 1275 (Kriegserfahrungen in China).
Schloffer 658* (Phimosenoperation).
—— 787 (Traumatische Darmverengerungen).
—— 975 (Armlähmung nach Brustschuss).
—— 976 (Traumatische Verdickung der Sehnen).
Schmidt 28 (Spaltbildung im mittleren Stirnfortsatz).
—— *91* (Hyperemesis lactentium).
—— 96* (Magen-Darmchirurgie).
—— 439 (Unterkieferankylose).
—— 495 (Lehrbuch der Chirurgie).
—— 510 (Wirbelosteomyelitis).
Schmidtmann 390 (Chirurgie des Pankreas).
Schmieden 130 (Gelenkmäuse).
Schmitt 547 (Blasen- und Beckengeschwülste).
—— 1007 (Bauchoperationen).
Schnitzler 875 (Darmarterienverschluss).
Schoch 308 (Schulterverrenkung).
Schöbl 1018 (Kombinirte Geschwülste).
Schoemaker 1233* (Technik der Craniotomie).
—— 473 (Hysterische Hüfthaltung).
Scholder 851 (Arthromotor).
Scholtz 194 (Ekzem und Impetigo).
—— 939 (Gonorrhoe).
Schoonheid 982 (Lupus erythematodes).
Schroeder 149 (Plastik an der Hand).
Schröders 133 (Operationen während der Schwangerschaft).
v. Schrötter 1186 (Sklerom der Luftröhre).
Schuchardt *128* (Gebärmutterkrebs).
—— *146* (Epiphysenlösung am Femur).
—— 1249 (Operationstische).
Schueller 814 (Krebsparasiten).
Schütz 744 (Speiseröhrenleiden).
Schütze 932 (Serum).
Schuhmacher 543 (Hautdesinfektion).
Schulthess 165 (Orthopädische Chirurgie).
—— 627 (Skoliose eines Schweines).
Schulz 1207 (Ileus).
—— 1035 (Basedow).
Schulze 205 (Orthopädische Apparate).
—— 481 (Idiosynkrasie gegen Quecksilber).
Schultze 1054 (Exartikulationen).
—— 1225 (Orthopädischer Tisch).
—— 1242 (Appendicitis im Bruchsack).
Schuster 1125 (Traumatische Neurose).
Schwartz 1102 (Herniologie).
Schwarz 248* (Medulläre Narkose).
—— 963 (Milzexstirpation).
Schwenn 917 (Geschwülste der Nasennebenhöhlen).
Scudder 1229 (Doppelter Harnleiter).
Sebileau 532 (Ösophagotomie).
Sederholm 853 (Röntgenstrahlen).
Seefisch 26 (Pankreascyste).
—— 751 (Pankreasleiden).
Seifert 626 (Gaumentonsillen).
Seiffer 408 (Skoliose bei Ischias).
Seiler 535 (Magenresektion und Gastroenterostomie).
Seitz 66 (Narkose).
Selberg 585 (Narkose mit Siedegemischen).
Seldowitsch 232 (Stenose der Speiseröhre).
Seliger 516 (Chok).
Sellei 423 (Leukoplakie).
—— 982 (Sarcoma multiplex haemorrhagicum).
Semb 971 (Appendicitis während der Schwangerschaft).
Senn 151 (Transplantation der Kniescheibe).
—— 901 (Kriegserfahrungen aus Cuba).
Sender 398 (Schutzverbände).
Serenin 429 (Nähte aus Renthiersehnen).
—— 430 (Entfernung d. Ganglion Gasseri).
—— 680 (Bronchiektasie).
—— 1018 (Symmetrische Lipome).
Shattuck 371 (Peritonitis in typho).
Sheldon 487 (Verrenkung von Handwurzelknochen).
Shusslow 807 (Serumtherapie).
Sick 579 (Wirbelsarkom).
Siegel 950 (Duodenalstenose).
Sieur 295 (Bajonettwunden).
Silhol 1032 (Blutveränderungen b. Krebs).
Simon *125* (Hodentuberkulose).

Simon 608 (Ileus).
—— 653 (Nierentuberkulose).
Simmonds 842 (Meningitis tuberculosa).
Simonowitz 431 (Bauchwunden).
Sjöbring *6* (Krebs).
Sjögren 853 (Röntgenstrahlen).
Sirand 867 (Chirurgie der Leberkuppe).
Skála 415 (Pyonephrose).
Skliffassowsky 433 (Radikaloperationen von Hernien).
Sletow 870 (Speiseröhrenverengerung).
Smith 263 (Lupus).
—— 293 (Pulververbrennungen d. Haut).
Smoler 120 (Darminvagination).
—— 1046 (Cystadenom der Schilddrüse).
Sörensen 25 (Dünndarmtuberkulose).
—— 337, 699 (Darmtuberkulose).
Solger 310 (Schenkelsporn).
Solowjoff 429 (Aluminumkorsetts und Verbände).
—— 431 (Verletzungen der Wirbelsäule).
Solowoff 433 (Darmblutungen).
—— 974 (Gelenkserkrankungen b. Syringomyelie).
Sonnenburg 588, 1190 (Appendicitis).
—— 1250 (Nekrolog auf Carl Langenbuch).
—— 1251 (Appendicitis und Trauma).
—— 1252 (Resektion des Coecum nach Appendicitis).
—— 1252 (Appendicitis acuta gangraenosa).
—— 1253 (Verätzungsstriktur des Ösophagus).
Soret 845 (Gehverbände).
Sorge 54 (Pylorusstenose).
Souligoux 49 (Appendicitis).
le Sourd 1213 (Schankerbacillus).
—— 1227 (Herpes zoster).
Spencer 335 (Magenchirurgie).
Spiller 464 (Beckengeschwulst).
—— 623 (Hirngeschwulst).
—— 678 (Neurome des N. uln).
Spillmann 624 (Hirntuberkel).
Spisharny 431 (Halsrippen).
Sprengel *87* (Appendicitis).
—— 705* (Appendicitisoperation).
Ssamochotzki 554 (Beckendrainage).
Ssapeshko 525 (Magenchirurgie).
—— 1040 (Resektion d. Ganglion Gasseri).
Ssidorenko 866 (Gastroenterostomie).
Ssokolow 48 (Ascites).
Ssowinski 939 (Gonorrhoe).
Sswojechotow 871 (Bauchfellverwachsungen).
Stack 263 (Leontiasis ossea).
Stadelmann 1227 (Arsenikwirkung).
Staffel 487 (Verrenkungen von Handwurzelknochen).
Stanculéanu 1162 (Anatomie d. Schläfenbeines).
Starck 13 (Divertikel der Speiseröhre).
—— 17 (Sarkom der Speiseröhre).
—— 560 (Pankreasgeschwülste).
Stark 326 (Speiseröhrengeschwülste).
Stark 481 (Idiosynkrasie gegen Quecksilber).
Starr 511 (Rückenmarksgeschwülste).
de Stawell 373 (Magengeschwür).
Stecchi 638 (Operationslehre).
Stein 545 (Nierenechinococcus).
Steinberg 335 (Künstliche Brüche).
Steinhaus 1202 (Metastasen von Schilddrüsengewebe).
Steinthal 498 (Rhinoplastik).
Stellwagon 483 (Blastomyceten).
Stempel 1005 (Hämoglobinurie).
—— 1136 (Malum coxae senile).
Stengel 1123 (Narkose b. Herzkranken).
Stenbeck 485 (Röntgenstrahlen b. Hautkrebs).
Stephens 182 (Fraktur des Kehlkopfes).
Sternberg 1297 (Nierensteine).
Stevens 1010 (Echinokokkenheilung).
Steward 168 (Nasentuberkulose).
Steskewitsch 859 (Tetanus).
Sthamer 677 (Schussverletzungen).
Stiassny 530 (Mastdarmresektion).
Stich 869 (Maximalthermometer).
Stieda 786 (Magenoperationen).
—— 787 (Pylorektomie).
—— 804 (Coxa vara).
—— 921 (Unterlippenkrebs).
Stierlin 536 (Proctitis haemorrhagica).
—— 1072 (Aneurysmen).
Stone 28 (Tod in Schleich'scher Narkose).
Stolz 457, 964 (Cholelithiasis).
Strassmann 101 (Lysoform).
Strauß 260 (Lumbalpunktion b. Hämatorrhachis).
—— 301 (Harnröhreneinspritzungen).
Straus 1223 (Nierenfunktion).
Strauwen 1020 (Noma).
Strebel 850 (Lichttherapeutisches Instrumentarium).
Strehl 288 (Erfahrungen auf dem Kriegsschauplatz von Süd Afrika).
Strube 1225 (Klinischer Bericht).
v. Stubenrauch 918 (Phosphornekrose).
Stuckert 974 (Leberschuss).
Studenski 661 (Immunität).
Sturmdorf 1296 (Wanderniere).
Subbotić 725 (Noma).
—— 751 (Pankreasleiden).
Subbotin 436 (Epispadie).
—— 1257* (Bildung der Harnblase und Harnröhre bei Exstrophia vesicae).
Sudeck 7 (Knochenatrophie).
—— *134* (Epiphysenverknöcherung).
—— *137* (Vorderarmverrenkung).
—— 582 (Coxa vara).
Sudsuki 956 (Anatomie des Wurmfortsatzes).
Sujetinow 435 (Hämorrhoiden).
Sultan 800 (Oberarmbrüche).
—— 864 (Schilddrüsenfunktion).
—— 958 (Unterleibsbrüche).
Sundholm 927 (Knochenblasen d. Nasenmuschel).

Swain 873 (Bauchoperation).
Szmurlo 510 (Ozaena).

Tacke 233 (Appendicitis).
Taddei 181 (Mandelgeschwulst).
Taillens 44 (Herniologie).
Talma 45 (Säuresekretion des Magens).
Tassigny 132 (Muskellähmungen).
Tauber 435 (Mastdarmkrebs).
Tauton 745 (Speiseröhrenleiden).
Tavel 819 (Streptokokkenserumtherapie).
—— 1148 (Wunddiphtherie).
Tédeprade 1083 (Spinalanästhesie).
Tenderich 338 (Darmverschluss).
Tendlan 1253 (Osteomalakie).
Terrier 529 (Darmausschaltung).
—— 945 (Chirurgie der Leber u. Gallenwege).
Tesson 915 (Schädelbasisbrüche).
Thiem 202 (Verrenkung d. Kahnbeines).
—— 203 (Serratuslähmung).
—— 204 (Spastische Cerebralparalyse).
—— 205 (Thermalbehandlung).
Thin 1020 (Lepra).
Thöle 404* (Goniodiameter, ein Instrument zum Messen).
—— 438 (Mukoidcyste in der Fossa canina).
—— 439 (Ductus thoracicus).
—— 486 (Seltene Knochenbrüche und Verrenkungen).
—— 577 (Äthernarkose).
—— 935 (Anästhesirung).
Thorburn 350 (Varicen).
Thomas 626 (Wirbelverletzungen).
Thomen 825 (Jahresbericht).
Thompson 1279 (Leberruptur).
Thorn 88 (Steinrecidiv).
Thumim 1000 (Nephrektomie).
Tillaux 925 (Unterbindung der Aorta abdominalis).
Tillmanns 494 (Lehrbuch d. Chirurgie).
—— 811 (Allgemeine Chirurgie).
Tilmann 39 (Hirndruck).
—— 150 (Bluterknie).
—— 238 (Blutergelenke).
—— 495 (Schädelschüsse).
—— 966 (Schnellender Finger).
Timmer 106 (Fußabdrücke).
Tiplady 487 (Handverrenkung).
Tixier 701 (Ileus).
Török 979 (Angioneurosen der Haut).
v. Torday 256 (Missbildungen).
Toretta 1299 (Psychopathie bei Ohrleiden).
Toubert 272 (Kriegschirurgie).
—— 437 Sinusitis sphenoidalis).
Touche 829 (Paraplegie bei Pott'schem Buckel).
Traino 948 (Eierstockskystom).
Trantzscher 600* (Seltene Hüftgelenksaffektion).
Trautmann 916 (Operationen am Gehörorgan).
Trekaki 989 (Wanderniere).
Trendelenburg 1222 (Ektopie d. Blase).
Treves 1085 (Harnröhrenschleimhaut).
Tricomi 390 (Chirurgie des Pankreas).
—— 464 (Leberechinokokken).
Trinkler 431 (Gekrösgeschwülste).
Troczewski 1279 (Leberabscess).
Tronchet 363 (Thyreoidin).
—— 407 (Thyreoidin bei Knochenbruch).
Tschekan 1297 (Hirnabscess).
Tschlenoff 996 (Tuberkulöses Geschwür am Penis).
Tschmarke 367 (Angeborene Missbildungen).
Tschudy 923 (Luftröhrenkrebs).
Tubby 403 (Senkungsabscesse b. Wirbelcaries).
Tuffier 163 (Cocainisirung d. Rückenmarkes).
—— 200 (Varicocele).
—— 349 (Skiaskopie b. Knochenbrüchen).
—— 402 (Hysterektomie).
—— 711, 860 (Spinalanästhesirung).
—— 727 (Hämothorax).
—— 1104 (Magenkrebs).
—— 1188 (Skiaskopie u. Lungenchirurgie).
Tusini 152 (Aktinomykose des Fußes).
—— 1120 (Netzechinococcus).

Uhlenbrak 335 (Hernia inguino-interstitialis).
Ullman 852 (Furunkulöse Hautentzündung).
Ullmann 934 (Hyperämie gegen Geschwürsprocesse).
Umber 746 (Pyopneumothorax subphrenicus).
—— 951 (Pfortaderobliteration).
Unger 1204 (Cystadenom der Mamma).
Unna 467, 468, 469 (Mikroben b. Ekzem).
—— 470 (Ichthargan und Ichthoform).
—— 934 (Alkoholstifte).
—— 968 (Madurafuß).
—— 983 (Hautsaprophyten).
—— 984 (Maskenanwendung).
d'Urso 304 (Ureteroheteroplastik).
—— 797 (Aneurysmen).
—— 990 (Hydronephrose).

Vajda 996 (Urethro-Kalibro-Dynamometer).
Valenzuela 666 (Knochenbrüche).
Vanghetti 796 (Stumpfbildung bei Amputationen).
Vanverts 372 (Radikalbehandlung der Leistenbrüche).
Verdelet 533 (Bruchquetschung).
Vegas 580 (Sehnentransplantation).
—— 757 (Echinokokken).
Veillon 469 (Mikroben bei Ekzem).
—— 825 (Jahresbericht).
—— 1227 (Hautgangrän).
Velde 968 (Belagerung der Gesandtschaften in Peking).
Venon 1275 (Milzruptur).
Venot 262 (Sarkome).

Vervaek 745 (Appendicitis).
Viannay 653 (Nierentuberkulose).
—— 701 (Ileus).
Vidal 47 (Darmverschluss).
—— 844 (Behandlung otitischer Thrombophlebitis).
Vignard 687 (Appendicitis).
Vignes 479 (Schanker der Conjunctiva).
Villard 46 (Gastroduodenostomie).
—— 687 (Appendicitis).
—— 874 (Magengeschwür).
Villaret 39 (Handwörterbuch der gesammten Medicin).
Villiger 552 (Tetanus).
Vince 606 (Duodenalgeschwür).
—— 1071 (Mal perforant).
Vincent 967 (Klumpfuß).
—— 1099 (Bauchwunden).
—— 1114 (Schusswunde im Unterleib).
Violet 997 (Prostatektomie).
Vitrac 689 (Ektokelostomie).
Vogel 741 (Mastdarmkrebs).
—— 1174 (Transplantation).
Völcker 315 (Eisenbahnverletzungen).
Vulpius 173 (Skoliose).
—— 1245 (Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenks).
Vymola 1041 (Sklerom).

Wälsch 466 (Bubonen).
Wagner 71 (Skiaskopie d. Nierensteine).
—— 353 (Influenza und Erkrankungen des Hörorgans).
—— 366 (Coxa vara).
—— 398 (Gelatineinjektionen zur Blutstillung).
Walker 22 (Herznaht).
—— 385 (Traumatischer Zwerchfellbruch).
Wallis 140 (Strikturen d. Mastdarmes).
Walravens 1152 (Handplastik).
van Walsem 508 (Eröffnung d. Schädelhöhle).
Walter 571 (Skiaskopie).
Walther 1002 (Bericht über den Pariser Kongress 1900).
Walton 623 (Hirngeschwulst).
Wanach 389 (Achsendrehung d. Blinddarmes).
Ware 1226 (Myositis).
Warnek 1304 (Gebärmutterkrebs).
Warren 371 (Peritonitis in typho).
Wasiliew 197 (Traumen der männlichen Harnröhre).
Wassidlo 554 (Urethroskopie).
Watson 388 (Sanduhrmagen).
Watten 632 (Herzwunden).
Weber 871 (Peritonitis pseudomyxomatosa).
—— 1105 (Gastroenterostomie).
—— 1116 (Subphrenischer Abscess).
Wechsberg 1286 (Staphylotoxin).
Wegner 32 (Kniescheibenbrüche).
—— 315 (Fascienverknöcherung b. Ulcus cruris).
—— 365 (Caries sicca der Schulter).
Wegner 680 (Osteom d. Fascia cruralis).
Wehr 1268 (Unterbindung der Kranzarterien).
Weill 722 (Rheumatische Knoten).
Weingrow 872 (Appendicitis).
Weir 451 (Duodenalgeschwür).
Weischer 1217* (Stichverletzung der Blase).
Welander 913 (Syphilis).
Wells 522 (Radikaloperation v. Hernien).
—— 1164 (Nachbehandlung bei Nasennebenhöhlenoperationen).
Welp 951 (Bauchchirurgie).
Wende 484 (Dermatitis mutilans).
Wendel 969 (Verletzungen des Stirnhirns).
Werckmeister *63* (Kehlkopfexstirpation).
Werler 470 (Itrol bei Hautkrankheiten).
Wertheim 259 (Erkrankungen d. Nasennebenhöhlen).
Westerfeld 851 (Krankenhausbericht).
White 227 (Blutveränderungen nach Bauchschnitten).
—— 365 (Exstirpation der oberen Extremität).
—— 414 (Ureteritis membranacea).
—— 484 (Erythrodermie).
—— 1180 (Arterienverkalkung).
—— 1183 (Hirngeschwulst).
Whitehead 725 (Augenhöhlenangiom).
Whitney 1211 (Krebs).
Wiart 951 (Innere Einklemmung).
Wichmann 1093 (Harnröhrenkrebs).
Widal 1227 (Herpes zoster).
Wiener 4* (Patellarfrakturen).
Wiesinger 605 (Volvulus des Magens).
—— 1037 (Varix im Scheitelbein).
Wiessner 975 (Handverrenkung).
Wieting 1062 (Syphilis hered. tarda).
—— 1260* (Unterkieferfrakturen).
Wild 828 (Inoperable Krebse).
Wildt 20 (Sesambein am Knie).
Willard 464 (Beckengeschwulst).
Williams 485 (Resorcin bei Hautkrebs).
Wilmer 231 (Basedow'sche Krankheit).
Wilms *133* (Epiphysenentwicklung).
—— *146* Hygrom der Bursa trochanterica).
—— 569 (Tetanus).
—— 1111 (Fremdkörper in der Speiseröhre).
—— 1206 (Stichverletzungen).
—— 1278 (Leberruptur).
Witthauer 949 (Korsett u. Leibbinde).
Witzel 977* (Luxatio congenita coxae. Heteroplastik des Limbus).
Wlaeff 351 (Krebsbehandlung).
—— 1081 (Behandlung bösartiger Geschwülste).
Wohlgemuth *20* (Neue Sauerstoff-Chloroformnarkose).
—— 965 (Bruch des Tub. maj. humeri).
Woithe 127 (Virulenzbestimmung der Bakterien).

Wolfermann 185* (Behandlung des Leisten- und Schenkelbruches).
Wolff 6 (Knochenarchitektur).
—— 123* (Behandlung d. schrägen Unterschenkelbruches).
—— *137* Ellbogenresektion).
—— *138* (Ellbogenankylose).
—— *147* Kniescheibenbrüche).
—— 483 (Carcinom).
—— 711 (Transformation der Knochen).
—— 716 (Uranoplastik).
—— 1084 (Zimmtsäure bei Tuberkulose).
—— 1253 (Blasentumor).
Wolters 995 (Haemangioendothelioma tuberosum multiplex).
Wolynzew 435 (Künstliche Gallensteinbildung).
Wood 411 (Prostatahypertrophie).
Worobjew 846 (Genu recurvatum).
Woskressenski 773 (Tuberkulose).
Wreden 434 (Radikaloperation b. Appendicitis).
—— 435 (Mastdarmvorfall).
Wright 410 (Fötale Inklusion).
Wulff 180 (Schlüsselbeindefekt).
—— 180 (Gefäßzerreißung bei Spontangangrän).
—— 551 (Spontangangrän).
—— 673 (Hernia cruralis).
—— 673 (Sklerodermie).
—— 683 (Sklerodermie).
Wylie 410 (Fötale Inklusion).
Wyss 1254 (Medianusdurchtrennung).

Xolzow 181 (Kraniotomie).

Young 200 (Exstirpation der Samenblasen).
—— 570 (Formaldehyd).

Zajaczkowski 507 (Angiom d. Stirnbeines).
Zandek 180 (Topographie des Nierenbeckens).
Zarubin 992 (Histologie der Sclerodermia circumscripta).
Zaufal 101 (Händedesinfektion).
v. Zawadzki 857* (Injektionsspritze).
Zeisler 1226 (Syphilis).
Zembrzuski 544 (Innere Urethrotomie).
—— 1112 (Verätzung der Speiseröhre).
Zervos 596 (Leberechinokokken).
Ziegler 1127 (Knochenbrüche).
Ziehe 655 (Sympathicusresektion).
Ziembicki 1267 (Medullarnarkose).
Ziemssen *33* (Nachbehandlung von Invaliden und Unfallverletzten).
Zilocchi 524 (Netzplastik).
Zimmermann 28 (Osteom des Sinus frontalis).
—— 55 (Dickdarmkrebs).
—— 352 (Mechanik des Hörens).
Zoege von Manteuffel 434 (Perityphlitis).
Zoppi 794 (Epiphysenlösung).
Zuckerkandl 708 (Topographische Anatomie).
—— 999 (Resektion der Blase).
—— 1222 (Blasensteinoperation).
Zuppinger 504 (Skoliose).
Zusch 725 (Noma).
Zydłowicz 642 (Ulcus molle).

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 29, welche den Bericht über den XXX. deutschen Chirurgen-Kongress enthält.)

Abscess d. Leber 341 (*Chevalier*, *Oddo*).
Abscesse, subdurale 724 (*Molinié*).
— subphrenische 138 (*Godlee*), 384 (*Grüneisen*).
Acne hypertrophica der Nase 927 (*Pantaloni*).
Achillotomie 37* (*Bayer*).
Adenitis manubrii 617 (*Patel*).
Adenom der Mamma 672 (*Helbing*).
Adenoma sebaceum 994 (*Pezzoli*).
Äther-Chloroform-Mischnarkose 861 (*Braun*), 1171 (*Kölliker*).
Äthernarkose 299* (*Reinhard*), 441* (*Braun*), 489* (*Kronacher*), 560* (*Reinhard*), 561* (*Becker*), 577 (*Thöle*).
Äthylchloridnarkose 162 (*König*).
Ätiologie und Therapie des Erysipel 1170 (*Jerusalem*).
After, widernatürlicher 1107 (*Delore*, *Patel*).
Akromegalie 506 (*Gubler*).
Aktinomykose 407 (*Little-Dale*), 1018 (*Brabec*).
— des Fußes 152 (*Tusini*).
— des Verdauungsapparates 331 (*v. Beck*).
Alkoholstifte 934 (*Unna*).
Alopecia 940 (*Hodara*).
— durch Thallium 850 (*Buschke*).
Aluminiumbronzedraht 417* (*Pichler*).
Aluminiumkorsetts und Verbände 429 (*Solowjoff*).
Amerikanischer Kongress 1301.
Amputation bei Blutvergiftung 642 (*Dörfler*).
— des Wurmfortsatzes 735 (*Lanz*).
Amputationsstümpfe *149* (*Bunge*) 368 (*Gossner*).
Amyloform 933 (*Cipriani*).
Anästhesie bei Bauchoperationen 209* (*Lennander*).
Anästhesirung 935 (*Thöle*), 936 (*Goldan*), 937 (*Chipault*), 938 (*Kammerer*).
— allgemeine u. lokale *16* (*v. Mikulicz*).
Anästhesirung des Rückenmarkes 66 (*Engelmann*).
Analfisteln 55 (*Meisel*).
Anastomosen 876 (*O'Hara*).
Anastomosirung zwischen N. facialis und N. accessorius 718 (*Barago-Ciarello*).
Anatomie des Blindarmes 43 (*Peronidi*).
— des Menschen 1236 (*Henle-Merkel*).
— topographische 19 (*Jedličtzer*, *Katzenstein*; *Scheffer*), 233 (*Diakonow*).
Aneurysma der Aorta 440 (*Pels-Leusden*), 1047 (*Ewald*).
— der Art. anonyma 148 (*Gérard-Marchant*).
— — carotis int. 1228 (*Lewenstern*).
— — femoralis 584 (*Czarnecky*).
— Gelatine-Injektion bei 134 (*Lancereaux*, *Paulesco*).
— traumatisches 360 (*v. Eiselsberg*).
Aneurysmen 319 (*Lediard*, *v. Eiselsberg*), 1072 (*Stierlin*), 797 (*D'Urso*).
— der Anonyma 1267 (*Rydygier*).
Angeborene Hüftverrenkung 1059 (*Cacciari*).
Angiom d. Stirnbeines 507 (*Zajaczkowski*).
Angioma cavernosum 1125 (*Pilzer*).
Agioneurosen der Haut 979 (*Török*).
Angiosarkom des weichen Gaumens 928 (*Catterina*).
Ankylose 1064 (*Monro*).
Anonyma, Aneurysmen der 1267 (*Rydygier*).
Antiperistaltik 732 (*Enderlen*, *Hess*), 780 (*Mühsam*).
Antistreptokokkenserum 542 (*Kozicki*), 1019 (*Blumberg*).
Anuria calculosa 1303 (*Bruch*).
Anurie 313 (*König*).
— bei Gebärmutterkrebs 1217 (*Patel*).
Anus praeternaturalis 748 (*Clairmont*), 823 (*Rotter*).
Aorta abdominalis, Unterbindung der 925 (*Tillaux*, *Riche*).
— Unterbindung der 149 (*Körte*),

Aortenaneurysma 440 (*Pels-Leusden*), 1047 (*Ewald*).
Apophysites der Tibia 1061 (*Le Clerc*).
Apoplexia traumatica 1037 (*Kolben*).
Apparate, orthopädische 205 (*Schulze*).
Appendicitis 49 (*Grandmaison, Souligoux, Le Filliatre, Bender, Bougé*), 50 (*Kaposi, Roger*), 80 (*Rehn*), 87 (*Sprengel*), 88 (*Riese*), 106 (*Ferron*), 107 (*Neumann*), 228 (*Langemak*), 233 (*Ehrich, Tacke*), 334 (*Dieulafoy, Allan, Kok*), 434 (*Pudneff*), 444 (*Mynter*), 519 (*Krogius*), 520 (*Lanz*), 521 (*Dieulafoy*), 588 (*Sonnenburg*), 591 (*Metschnikoff*), 604 (*Ladinski, Neugebauer*), 684 (*Rose*), 687 (*Villard, Vignac*), 697 (*Low*), 745 (*Adrian, Vervaek*), 780, 781 (*Klemm, Merkens*), 872 (*Weingrow*), 941 (*Lapeyre*), 942 (*Munroe*), 950 (*Kretz*), 957 (*Ochsner*), 971 (*Malthe, Laache*), 972 (*Jervell*), 1008 (*Lipawski*), 1021 (*Boeckel*), 1101 (*Remedi, v. Burckhardt*), 1115 (*Hämig, Poirier*), 1190 (*Sonnenburg*).
—— acuta gangraenosa 1252 (*Sonnenburg*).
—— akute 972 (*Roll*).
—— im Bruchsack 1242 (*Schultze*).
—— Douglasabscesse bei 1269 (*Bossowski*).
—— larvata 604 (*Lenzmann*).
—— Operation bei 705* (*Sprengel*).
—— während Schwangerschaft 971 (*Semb*).
—— und Trauma 1251 (*Sonnenburg*).
—— und Typhus 1252 (*Mühsam*).
Appendixerkrankung, chronische 781 (*Klemm*).
Armeesanitätsbericht 1270.
Armlähmung nach Brustschuss 975 (*Schlosser*).
Arrosionsblutungen bei Appendicitis 233 (*Ehrich*).
Arsenbehandlung d. Krebse 1266 (*Juras*).
Arsenikwirkung 1226 (*Gaucher, Bernhard*), 1227 *Stadelmann*).
Art. carotis int., Aneurysma der 1228 (*Lewenstern*).
—— mediana antibrachii und N. med. 856 (*Delitzin*).
—— subclavia, Verletzung der 382 (*Horneffer*).
Arteriennaht 67 (*Bouglé*), 464 (*Salomoni*).
Arterienverkalkung beim Kinde 1180 (*Briant, White*).
Arthritis deformans 482 (*Preble, Hektoen*).
Arthrodrese der Schulter 1056 (*Bothezet*).
Arthromotor 851 (*Scholder*).
Arthropathia tabica 367 (*Ahrens*).
Ascites 48 (*Ssokolow*).
—— Behandlung des 105 (*Kusnetzow*).
—— bei Lebercirrhose 436 (*Koslowsky*), 759 (*Packard, Le Conte*), 792 (*Benissowitsch*).
Asepsis 101 (*Krecke*).
—— b. Halsoperationen 617 (*v. Büngner*).
Athyreosis 362 (*Quincke*).
Atlas der Nasenkrankheiten 1032 (*Krieg, Gerber*).
Atresia anorectalis 790 (*van Angelen*).
Atresie des Dünndarmes 112 (*Laméris*).
Atrophia maculosa cutis 466 (*Heuss*).
Atrophie der Handflächen 320 (*Audry, Dalous*).
Atropin bei Äthernarkose 441* (*Braun*).
Augenhöhlenangiom 725 (*Whitehead*).
Augenhöhlen, Erkrankungen 498 (*Chaillons*).
Autointoxikationen bei Darmverschluss 788 (*Kukula*).
—— des Magens 699 (*v. Cačković*).

Bacillus pyocyaneus 554 (*Bernhardt*), 932 (*Christomanos*).
Bajonettwunden 295 (*Olivier, Sieur*).
Bakterien und Venenthrombose 542 (*Jakowski*).
Bakteriologische Versuche 661 (*Saltykoff*).
Bakteriologisches 126 (*Marx*).
Basedow 628 (*Mariani*), 1035 (*Schulz*).
Basedow'sche Krankheit 231 (*Wilmer*), 362 (*Mariani*), 363 (*Dinkler*).
Bau des menschlichen Körpers 1239 (*Ewer*).
Bauchbruch 872 (*Parona*).
Bauchirurgie 951 (*Kehr, Berger, Welp*).
Bauchfells, Pseudomyxom des 42 (*Eiger*).
Bauchfelltuberkulose 327 (*Oehler*), 328 (*Martens*), 587 (*Borchgrevink*), 782 (*Rose*), 783 (*Borchgrevink*).
Bauchfellverwachsungen 871 (*Swojechotow*), 1107 (*Cabot*).
Bauchhöhle, Galle i. d. 1011 (*Ehrhardt*).
—— Lufttamponade der 1189 (*Kelling*).
Bauchhöhlenoperation, Veränderungen der Niere nach 824 (*v. Brunn*).
Bauchkontusionen 382 (*Brentano*).
Bauchnarbenbrüche, mediane 267* (*Hammesfahr*).
Bauchoperation 873 (*Swain*).
Bauchoperationen, Lokalanästhesie 1007 (*Schmitt*).
Bauchquetschung 385 (*Dubujadoux*).
Bauchschnnitt, Cirkulationstörungen bei 227 (*Hasenfeld*).
Bauchschnitten, Blutveränderungen nach 227 (*White*).
Bauchschüsse 683 (*Petersen*).
Bauch- und Bauchnarbenbrüche 929* (*Hammesfahr*).
—— u. Sacralsympathicus 227 (*Jaboulay*).
Bauchverletzungen 1112 (*Mauclaire, Roger*).
Bauchwandbrüche, Radikaloperation großer 345* (*Salistscheff*).
Bauchwunden 431 (*Simonowitz*), 518 (*Guidone*), 695 (*Jacobelli*), 1099 (*Vincent*), 1113 (*Auvray*).
Beckenbrüche 802 (*Bähr*).
Beckendrainage 554 (*Ssamochotzki*).
Beckengeschwulst 464 (*Willard, Spiller*), 547 (*Schmitt*).
Behandlung bösartiger Geschwülste 1081 (*Wlaeff*).

Behandlung, intravesicale 1295 (*Kraus*).
—— des Kropfes 430 (*Bobroff*).
Beingeschwüre 311 (*Honl*, *Bukowsky*).
Belagerung der französischen Gesandtschaft in Peking 903 (*Matignon*).
—— der Gesandtschaften in Peking 968 (*Velde*).
Benzin in der Chirurgie 300* (*Franke*).
Bericht über Pariser Kongress 1900 1002 (*Walther*).
Beugestellung des Knies, angeborene 1069 (*Phocas*, *Pancot*).
Bicepsrupturen 356 (*Loos*).
Blase, Stichverletzung d. 1217* (*Weischer*).
—— u. Beckengeschwülste 547 (*Schmitt*).
Blasenbruch 736 (*Alessandri*).
Blasenektopie 144 (*Berg*), 555 (*Pendl*).
Blasenexstirpation 999 (*Hogge*), 1094 (*Mann*).
Blasengangrän 556 (*Faltin*).
Blasengeschwülste *100* (*Löwenhardt*).
Blasengeschwür 302 (*Kreissl*), 998 (*Rasumowski*).
Blasenhalskontraktur 1292 (*Chetwood*).
Blasenhernie 413 (*Harrington*), 595 (*Alessandri*), 1302 (*Chesman*).
Blasenkrebs 1094 (*Ehrich*), 1293 (*Englisch*).
Blasennaht 988 (*Kukula*).
Blasenresektion 999 (*Zuckerkandl*).
Blasenruptur 1301 (*Alexander*).
Blasenschädigung 412 (*Cousins*).
Blasenschnitt 71 (*Jodice*).
Blasenschuss 998 (*Bayerl*).
Blasenspalte 997 (*Graubner*).
Blasenstein 998 (*Gerson*, *Davrinche*).
Blasensteinoperation 142 (*Burton*), 1222 (*Zuckerkandl*).
Blasentheilung, transversale 411 (*Fuller*).
Blasentuberkulose 652 (*Bousson*, *Barlow*).
Blasentumor 1253 (*Wolff*).
Blasenuntersuchung 1220 (*Lewin*).
Blasenverletzung 233 (*Füth*).
Blasenwunde 412 (*Fontan*).
Blasenzerreißung 1228 (*Dohrn*).
Blastomyceten 483 (*Stellwagon*).
—— und Geschwülste 540 (*Kovatscheva*).
Blennorrhagie der Frau 85 (*Jaret*).
Blinddarm, Achsendrehung 389 (*Wanach*).
—— Verengerung des 55 (*Gérard-Marchant*).
—— und Wurmfortsatz 735 (*Perondi*).
Blinddarmdivertikelbruch 386 (*Moser*).
Blut- u. Harngefrierpunkt 545 (*Rumpel*).
Blutabsperrung, präventive 571 (*Del Greco*).
Blutcysten 1201 (*Gebhart*).
Blutergelenk 238 (*Tilmann*).
Bluterknie 150 (*Tilmann*).
Blutgefäßnaht 1148 (*Payr*).
Blutgerinnung u. Gelatine 1082 (*Sackur*), 1083 (*Giordano*).
Blutleiterverletzung 496 (*Luys*).
Blutstauungen bei Gelenksteifigkeiten 1134 (*Blecher*).
Blutstillung 894 (*Moingeard*).
Blutstillung durch Gelatine 226 (*Gaglio*).
—— durch Gelatineinjektionen 398 (*Wagner*), 407 (*Collet*).
—— bei Leberwunden 455 (*Caponago*).
Blutstillungsmittel, Nebennierenextrakt als 570 (*Bates*).
Bluttransfusion 641 (*Bier*).
Blutungen nach Tracheotomie 820 (*Engelhardt*).
Blutveränderungen nach Bauchschnitten 227 (*White*).
—— bei Krebs 1030 (*Donati*), 1032 (*Silhot*).
Blutvergiftung und Amputation 642 (*Dörfler*).
Botryomykose 193 (*Poncet*, *Dor*), 194 (*Sabrazès*, *Laubié*), 1079 (*Pfeiffer*), 1285 (*v. Baracz*).
Bottini'sche Prostataoperation 555 (*König*), 1220 (*Schlagintweit*).
Bromäthyl 662 (*Malherbe*).
Bronchiektasie 680 (*Serenin*).
Bruch des Blinddarm-Divertikels 386 (*Moser*).
—— der Kniescheibe 583 (*Porter*), 1060 (*Rossi*).
—— des Oberschenkels 1255 (*Berard*).
—— des Proc. styloides 152 (*Goris*).
—— des Radius 472 (*Beck*).
—— des Tub. maj. humeri 965 (*Wohlgemuth*).
—— —— min. humeri 580 (*Lorenz*).
—— des Unterschenkels 1062 (*Grisel*).
—— des Zwerchfelles, traumatischer 385 (*Walker*).
—— und Bauchoperationen 209* (*Lennander*).
Bruchband 605 (*Schanz*), 805 (*Hummel*).
Bruchbehandlung 141 (*Bennet*).
Brucheinklemmung 234 (*Sulogi*).
Bruchinhalt 792* (*Kölliker*), 952 (*Derveau*).
Bruchoperation 533 (*Remedi*), 1037 (*Muus*).
Bruchoperationen 594 (*Phelps*).
Bruchquetschung 533 (*Verdelet*).
Bruchschnitt, Blasenverletzung bei 233 (*Füth*).
Bruchtuberkulose 1116 (*Justian*), 1117 (*Albertin*).
Brüche des Beckens 802 (*Bähr*).
—— brandige 108 (*Hofmeister*), 593 (*Petersen*).
—— der Carpalknochen 856 (*Höfliger*).
—— des Fersenbeines 368 (*Blind*), 391 (*Lemmen*), 1138 (*Mertens*).
—— der Kniescheibe 4* (*Wiener*), 32 (*Wegner*), *147* (*Wolff*).
—— der Knochen 1127 (*Ziegler*).
—— künstliche 335 (*Steinberg*).
—— der Linea alba 534 (*Hornborg*).
—— der Mittelfußknochen 846 (*Meiser*).
—— des Oberarms 800 (*Sultan*).
Brust- und Unterleibsverletzung 1114 (*Girard*).
Brustdrüse, Neubildungen der 1203 (*Diterichs*).

Brustdrüsengeschwülste 231 (*Gebele*), 232 (*Roloff*).
—— bösartige 830 (*Rosenstein*).
Brustdrüsentuberkulose 830 (*Michailow*).
Brustempyeme 629 (*Müller, Depage*).
Brustfellechinococcus 183 (*v. Rókay, Cary, Lyon*).
Brustkorbveränderung bei Halsrippen 182 (*Adolphi*).
Brustkorb, Zertrümmerung des 830 (*Heineke*).
Brustkrebs 923 (*Ölsner*).
Bruststich 1188 (*Kawahara*).
Brustwand- und Mediastinalgeschwülste 1047 (*Amburger*).
Bubonen 466 (*Wülsch*).
—— venerische 909 (*Jordan*).
Buckelmessung, perimetrische 1049* (*Deutschländer*).
Buttersäurebacillen 396 (*Schattenfroh, Grasberger*).

Cachexia strumipriva 1035 (*Formanek*).
Calcaneus, Rissfraktur des 178 (*Helbing*).
Cancriamoeba macroglossa 6 (*Eisen*).
Carcinom 483 (*Wolff, Franke*), 1019 (*Kopfstein*).
—— des Magens 526 (*Rütimeyer*).
—— osteoplastisches 550 (*Erbslöh*).
—— des Penis 558 (*Pupovac*).
Carcinome, Wachsthum der 223 (*Liebert*).
Cardiospasmus 872 (*Dauber*), 873 (*Martin*).
Caries sicca der Schulter 365 (*Wegner*), 1065 (*Kirmisson, Kuss*).
—— der Wirbelsäule 403 (*Tubby*).
Carpalknochenverrenkung 1057 (*Eigenbrodt*).
Celluloseverwendung 148 (*Chardin*).
Cerebralparalyse, spastische 204 (*Thiem*).
Chinin gegen Krebs 1092 (*Lannois*).
—— gegen Lymphadenie 578 (*Patel*).
—— als Stypticum und Antisepticum 1097* (*Marx*).
Chirol 89* (*Schaeffer*).
Chirurgenkongress, XI. polnischer 1266.
Chirurgie 859 (*Preuss*).
—— allgemeine 811 (*Tillmanns*).
—— der ersten Hilfe 709 (*Lejars*).
—— der Gallenblase 1268 (*Oderfeld*).
—— der Gallensteine 596 (*Lindner*).
—— der Gallenwege 116 (*Pauchet*).
—— von Gehirn, Rückenmark und Ganglion Gasseri 1038 (*Bendani*).
—— kleine 1122 (*Jamain*).
—— klinische 886 (*Le Dentu, Delbet*).
—— in der Landpraxis 638 (*Bayer*).
—— der Leber und Gallenwege 945 (*Terrier, Auvray*).
—— der Luftröhre 630 (*Jones, Keen*).
—— der Lungen 619 (*Borchert*).
—— des Magens 110 (*Kelling*), 335 (*Spencer*), 525 (*Ssapeshko*), 606 (*Hüberlin, Nicolaysen*), 1104 (*Lanz*), 736 (*Bocks*), 737 (*Kelling*).
Chirurgie des Magens und des Darmes 96* (*Schmidt*), 333 (*Prichard*).
—— des Mittelohres 915 (*Broca*).
—— der Niere 87 (*Kümmell*).
—— —— u. des Harnleiters 199 (*Rochet*).
—— operative 223 (*Diakonow*).
—— orthopädische 165 (*Lüning, Schulthess*).
—— des Pankreas 390 (*Faure, Schmidtmann, Tricomi*), 391 (*Barling*), 762 (*Pepper*).
—— plastische 1173 (*Helferich*).
—— des praktischen Arztes 225 (*de Rouville, Braquehaye*).
—— des Rumpfes 618 (*Polaillon*).
Chirurgische Eingriffe bei Unterleibstyphus 1009 (*MacLagan*).
—— Leiden in der rechten Bauchseite 703 (*Beahan*).
—— Mittheilungen 48 (*Jochner*), 1016 (*Hoepfl*).
Chloroformasphyxie, Herzmassage bei 828 (*Depage*).
Chloroformnarkose 537* (*Flockemann*).
Chloroformtod 20* (*Maag*).
Chok 516 (*Seliger*).
Cholecystocolostomie 140 (*Robinson*).
Cholecysto-Gastrostomie 775 (*Krumm*).
Cholelithiasis 457, 964 (*Ehret, Stolz*).
Chondrosarkom der Harnblase 88 (*Beneke*).
Chylothorax 1203 (*Barjou, Cade*).
Cocain, Entgiftung des 23 (*Kohlhardt*).
—— bei Ischias 1020 (*Pasquier, Leri*).
Cocainisirung des Rückenmarkes 163 (*Tuffier*, 164 *Golebski*), 543 (*Reclus, Pitres*), 552 (*Achard*), 586 (*Lecrenier*).
Coccygodynie 307 (*Hirst*).
Colitis 607 (*Bolton*).
—— chronische 774* (*Lympius*).
Coxa valga 143 (*Reichard*).
—— vara 366 (*Wagner*), 582 (*Sudeck*), 804 (*Stieda*).
Coxitis 357 (*Romniciano, Boliretimano*), 474 (*Nélaton*).
Cucullarisdefekt 564* (*Kausch*).
Cystadenom d. Mamma 1203 (*Unger*).
—— der Schilddrüse 1046 (*Smoler*).
Cyste im N. medianus 976 (*Hartwell*).
Cysten der Speiseröhre 955 (*Petrow*).
Cysticercus im Gehirn 624 (*Maydl*).
Cystitis 412 (*Brown*), 765 (*v. Hofmann*), 1085 (*Parascondolo*).
Cystorrhaphie 633* (*Bălăcescu*).
Cystoskopie 302 (*Kulisch*), 647 (*Prior*), 703* (*Goldberg*), 1094 (*Héresco*).

Dampfdesinfektion 348 (*Braatz*).
Darmarterienverschluss 875 (*Schnitzler*).
Darmausschaltung 529 (*Terrier, Gosset*), 691 (*Nanotti*), 876 (*Roskoschny*).
Darmblutung 533 (*Kossobudzki*), 694* (*Bergmann*).
Darmblutungen 433 (*Solowoff*).
Darmchirurgie 371 (*Jeannel*), 535 *Majewski*).

Darmeinklemmung 1191 (*Kukula*).
Darmerkrankungen 104 (*Braun*).
Darmfisteln 944 (*Délore, Patel*).
Darmfunktion 330 (*Sabbatoni, Fasola*).
Darminvagination 120 (*Smoler*), 608 (*Marchand*), 1119 (*Batut*), 1120 (*Cavaillon*).
Darmknopf aus Magnesium 393* (*Chlumský*).
Darmlipome 559 (*Gross*).
Darmperforation 592 (*Berg*).
—— typhöse 46 (*Manger*), 696 (*Auvray*), 1100 (*Loison, Hartmann*).
Darmresorption bei Ileus 452 (*Garbarini*).
Darmsarkom 700 (*Fisher*).
Darmsteine 1119 (*Saritschew*).
Darmtuberkulose 337 (*Sörensen, Hügel*), 699 (*Sörensen*).
Darmvereinigung 529 (*Hinterstoisser*).
Darmverengerungen 54 (*Martens*), 55 (*Riese*).
—— traumatische 787 (*Schloffer*).
Darmverletzung 1114 (*Karplus*).
Darmverletzungen 52 (*Kirstein*), 432 (*Saritschew*).
Darmverschluss 47 (*Vidal*), 338 (*Tenderich*), 701 (*Bäumler*), 1120 (*Caminiti*).
—— Autointoxikation bei 788 (*Kukula*).
Darmverstopfung 55 (*Bier*).
Daumenverrenkung 582 (*Brod*).
Décollement traumatique 837 (*Möllers*).
Deformitäten, statische 1135 (*Schanz*).
Dermatitis mutilans 484 (*Wende*).
Dermographismus 485 (*Fabry*).
Desinfektion chirurgischer Instrumente 1159 (*Polak*).
Deutsche Klinik am Eingange d. 20. Jahrhunderts 884, 1185 (*v. Leyden, Klemperer*).
Deviationen des Rumpfes 472 (*Lorenzen*).
Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt 1037* (*Muus*).
Diagnostik der Gehirnkrankheiten 854 (*Oppenheim*).
Dickdarm, Chirurgie des 750 (*Morton*).
—— Defekt des 608 (*Reinbach*).
—— doppelter 235 (*Grohé*).
Dickdarmerweiterung, idiopathische 607 (*Richardson*).
Dickdarmkrebs 55 (*Zimmermann*), 528 (*de Bovis*).
Dickdarmoperationen 692 (*Payr*).
Dilatation des Duodenum 1022 (*Barling*).
—— der Flexura sigmoidea 535 (*Lennander*).
Diphtherie 424 (*Burrows*).
Distensionsluxation der Hüfte 573 (*Kirmisson*).
Diverticulum ilei, Prolaps eines 1193* (*Herbing*).
Divertikel der Speiseröhre 13 (*Starck*).
Doppelharnröhre 996 (*Löw*).
Douglasabscess, perityphlitischer 603 (*Port*).
Drahtsäge nach Gigli 405* (*Payr*).
Druckstauung 312* (*Gückel*).
Drüsenexstirpation bei Pest 444 (*Baudi*).
Ductus cysticus-Verschluss 378 (*Dalla Rosa*).
—— thoracicus-Durchtrennung 439 (*Thöle*).
Duodenalgeschwür 336 (*Kiefer*), 451 (*Weir*), 606 (*Vince*).
Duodenalkrebs 235 (*Domenici*).
Duodenalstenose 950 (*Siegel*).
Duodenalzerreißung 1021 (*Moynihan*).
Duodenum, Zuschnürung des 740 (*Petit*).
Dünndarmatresie 112 (*Lameris*).
Dünndarmsarkom 962 (*Libmann*), 1106 (*Rheinwaldt*).
Dünndarmtuberkulose 25 (*Sörensen*).
Durchblutung, künstliche 442 (*Parascandolo*).
Dystopia testiculi transversa 415 (*Linser*).

Echinococcotomie 1265 (*Orlow*).
Echinococcus der Brustdrüse 1203 (*Le Conte*).
—— der Leber 236 (*Franke*), 464 *Tricomi*), 596 (*Zervos*).
—— der Milz 120 (*Petit*).
—— des Netzes 1120 (*Fusini*).
—— der Niere 545 (*Stein*), 653 (*Meinel*).
—— der Pleura 183 (*v. Bókay, Cary, Lyon*).
—— der Thymusdrüse 1041 (*Fromaget*).
Echinokokken 455 (*Malenjuk*), 456 (*Rasumowsky*), 463 (*Nicaise, Salomon, Milian*), 757 *Vegas, Crenwell*).
—— der Leber 377 (*Jonnescu*).
Echinokokkenheilung 1010 (*Stevens*).
Ectopia vesicae 197 (*Jaia*).
Eierstocksfibrom 1304 (*Potorowski*).
Eierstockgeschwülste 416 (*Bullit*).
Eierstockskystom 948 (*Traino*).
Eingeweidebrüche 688 (*Koch*).
Einklemmung einer Dünndarmschlinge 672 (*Hermes*).
—— innere 950 (*Hermes*), 951 (*Wiart, Rénon*).
Eisenbahnverletzungen 315 (*Völcker*).
Ektokelostomie 689 (*Vitrac*).
Ektopie der Blase 1222 (*Trendelenburg*).
Ekzem 984 (*Leistikow*).
—— und Impetigo 194 (*Brocq, Scholtz, Raab*).
Elastische Fasern 1127 (*Grohé*).
Elektricität in der Dermatologie 195 (*Piffard*).
Elephantiasis 483 (*Fieschi*), 852 (*Orlow*).
Ellbogenankylose *138* (*Wolff*).
Ellbogengelenkresektion 205 (*Bettmann*).
Ellbogenresektion *137* (*Wolff*).
Ellbogenverrenkung 309 (*Lucksch*), 801 (*Honzák*), 1151 (*Eversmann*).
Empyem der Pleura 1048 (*Perthes*).
Encephalocystocele 507 (*Redtlob*).
Encyklopädie der Chirurgie 419, 886 (*Kocher, de Quervain*).
—— der Medicin 885 (*Sajous*).
Encymol gegen inficirte Wunden 444 (*Munger*).

Endocarditis gonorrhoica 479 (*Lartigan*).
Endoskopie 833* (*Henle*).
Endotheliom der Zunge 928 (*v. Kryger*).
Enterektomie 702 (*Barker*).
Enteroanastomose 535 (*Raffa*), 953* (*Martin*).
Enteroptose 115 (*Blecher*), 1266 (*Einhorn*).
Entfernung der Samenblase 558 (*Carson*).
Entgiftung des Cocains 23 (*Kohlhardt*).
Entstehung des Kollateralkreislaufes 420 (*Bier*).
—— von Tumoren, Tuberkulose nach Trauma 1141 (*Jordan*).
Entwicklungsanomalie 581 (*Friedrich*).
Entzündung der Wirbelsäule, ankylosirende 579 (*Bender*).
Epidermolysis bullosa hereditaria 993 (*Bettmann*).
Epiglektomie 261 (*Moure*).
Epilepsie 167 (*Rybalkin*), 625 (*Colleville, Greer*), 1021 (*Breton*), 1298 (*Keen*).
—— Resektion des Halssympathicus bei 1015* (*Mariani*).
—— und Trauma 256 (*Mendel*).
Epiphysenentwicklung *133* (*Wilms*).
Epipsysenlösung 794 (*Zoppi*).
—— am Femur *146* (*Schuchardt*).
—— traumatische 356 (*Linser*), 1070 (*Monod*).
Epiphysenverknöcherung *134* (*Sudeck*).
Epitheliom des Zäpfchens 626 (*Pinatelle*).
Epithelioma benignum 206 (*Barthélemy*).
Epityphlitis 603 (*Berndt*).
Epityphlitisoperation 953* (*Martin*).
Erfahrungen in Süd-Afrika 392 (*Clark*).
Erfrierungen 400 (*Ritter*).
Erfrierungshyperämie 864 (*Ritter*).
Erguss, akuter intraperitonealer 460* (*Bayer*).
Erkrankungen des Hüftgelenks 1058 (*König*).
—— der mittleren Nasenmuschel 258 (*Cordes*).
—— der Nasennebenhöhlen 259 (*Wertheim*).
Erysipel 643 (*Keirle*), 1159 (*Jordan*), 1170 (*Jerusalem*).
—— durch Pneumokokken 932 (*Neufeld*).
Erytheme noueux, purpura rhumatoïde et hydroa 992 (*Du Castel*).
Erythrodermie 484 (*White*).
Eventrationen, spontane 873 (*Bauby*).
Exarticulatio sub talo 145 (*Hutchinson jun*).
Exartikulationen 1054 (*Schultze*).
Exstirpation der Blase 1094 (*Mann*).
—— —— und Geschlechtsorgane 999 (*Hogge*).
—— von Drüsen 444 (*Baudi*).
—— von Duct. deferens 991 (*Baudet, Duval*).
—— der oberen Extremität 365 (*White*).
—— des Ganglion Gasseri 430 (*Serenin, Sapeszko*), 1174 (*Lexer*).
—— der Gebärmutter 720* (*Sachs*).
—— des Kehlkopfes 314 (*Braun*), 424 (*v. Hippel*), 1044 (*Rosciano, Goris*).
Exstirpation d. Kniescheibe 583 (*Berger*)
—— des Magens 388 (*Boeckel*).
—— des Mastdarmes 693 (*Murphy*).
—— von Mastdarmcarcinom 314 (*Martens*).
—— der Milz 340 (*D'Arcy-Power*), 703 (*Nannotti*), 963 (*Schwarz*).
—— der Niere 415 (*Perman*).
—— des Pankreas *95* (*Franke*).
—— der Samenblasen 200 (*Young*).
—— des Thränensackes 429 (*Natanson*).
—— des Wurmfortsatzes 777* (*Jaffé*).
Exstrophia vesicae Bildung der Harnblase u. Harnröhre bei 1257* (*Subbotin*).
Extremitätenmissbildungen 1149 (*Pagenstecher*).
Exophthalmus pulsans 509 (*Barth, Gabszewicz*).
—— pulsirender 712 (*Golowin*).
Exostose der Fibula 1070 (*Schäfer*).
Exostosen mit Neuralgien 315 (*Köhler, Benneke*).
—— multiple cartilaginäre 315 (*Benneke*).

Facialislähmung 921 (*Rodier*).
Fascia cruralis, Osteom der 680 (*Wegner*).
Fascienverknöcherung bei Ulcus cruris 315 (*Wegner*).
Femur-Resektion 380 (*Körte*).
Fersenbeinbrüche 368 (*Blind*), 391 (*Lemmen*), 1138 (*Mertens*).
Fersenhöckers, Rissbrüche des 680 (*Helbing*).
Fettgewebsnekrose 752 (*Ostermeier*).
Fetthals 831 (*Labbé, Ferrand*).
Fibrome, multiple 206 (*Danlos*).
Fibromyoma malignum 1211 (*Devic, Galaverdin*).
Fibrosarkom des Samenstranges 952 (*Pantaloni*).
Filariasis 237 (*Lothrop, Pratt*).
Fingergeschwülste 678 (*Müller*).
Fingerverrenkungen 1239 (*Oberst*).
Fistula ani 1191 (*Barge*).
Flüssigkeitsansammlung im Bauch 1098 (*Clark*).
Fötale Inklusion im Mesocolon ascendens *94* (*Ahrens*).
Formaldehyd 570 (*Young*).
Fractura proc. coron. ulnae 1066 (*Beck*).
Fraktur des Calcaneus 178 (*Helbing*).
—— einer Endphalanx 1255 (*Féré*).
—— des Kehlkopfes 182 (*Stephens*).
—— des Malleolus internus 202 (*Bähr*).
Frakturen, komplicirte 323 (*Franke*).
—— der Nase 927 (*Clinton*).
—— des Unterkiefers 1260* (*Wieting*).
Frakturenbehandlung 141 (*Bennet*).
Frakturverbände 321* (*Bähr*).
Freie Gelenkkörper 32 (*Franz*).
Fremdkörper in Gelenken 31 (*Katzenstein*).
—— in der Harnblase 1302 (*Pendl*).
—— im Herzen 425 (*v. Oppel*).
—— in den Luftwegen 630 (*Garel*), 631 (*Saint-Philippe, Nourrit, Milton*).
—— im Magen 950 (*Gottstein*).

Fremdkörper, multiple 676 (*Löhlein*).
—— in der Nase 437 (*Sackchejew*, *Ruault*), 510 (*David*).
—— in der Speiseröhre 233 (*v. Hacker*). 1111 (*Wilms*).
Fremdkörperwanderung 629 (*Capurro*).
Fußabdrücke 1063 (*Timmer*).
Fußoperationen 1063 (*Brissart*).
Fußwurzelexartikulation *150* (*Küster*).

Galle in der Bauchhöhle 1011 (*Ehrhardt*).
Gallenblasenchirurgie 1267 (*Oderfeld*).
Gallenblasenerkrankungen 1263 (*Klampmann*).
Gallenblasenoperationen 53 (*Dehler*), 879 (*Müller*).
Gallensteinbildung, künstl. 435 (*Wolynzew*).
Gallensteinchirurgie 596 (*Lindner*).
Gallensteine 458 (*Herrmann*), 459 (*Opie*), 693 (*Italia*), 694 (*Beck*), 762 (*Italia*), 868 (*Miyake*), 1012 (*Riedel*).
Gallensteinoperationen 342 (*Kuhn*), 775 (*Kehr*).
Gallenwege, Chirurgie der 116 (*Pauchet*).
—— Infektion der 963 (*Pick*).
Gallenwegeausräumung 1280 (*Krug*).
Gallenwegeoperationen, Recidive nach 1264 (*Mohr*).
Ganglien, intratendinöse 366 (*Morian*).
Ganglienbildung in der Tricepssehne 136 (*Borchardt*).
Ganglion 649 (*Ernberg*).
—— Gasseri 168 (*Lexer*).
—— —— Entfernung des 430 (*Serenin*, *Sapeszko*).
—— —— Exstirpation 1174 (*Lexer*).
—— —— Resektion des 1040 (*Ssapeshko*), 1160 (*Sapejko*).
Gangrän durch Gefäßverschluss 797 (*Bunge*).
Gastroduodenostomie 46 (*Villard*).
Gastroenterostomie 336 (*Barker*), 357* (*Franke*), 375 (*Demoulin*), 376 (*Mugnai*), 452 (*Fischer*), 527 (*Petersen*), 866 (*Ssidorenko*), 1105 (*Giannettasio*, *Lombardi*, *Weber*).
Gastropexie 432, 875 (*Rasumowsky*).
Gastrostomie *91* (*Borchard*), 374 (*Lemarchand*), 387 (*Quénu*), 388 (*Krünzle*).
—— bei Ösophagusstriktur 462 (*Dennis*).
Gaumensegelgeschwulst 726 (*Noquet*, *Berbineau*).
Gaumentonsillen 626 (*Seifert*).
Gebärmutter und Hoden als Bruchinhalt 952 (*Derveau*).
Gebärmutter-Exstirpation 720* (*Sachs*).
Gebärmntterkrebs *127* (*Jordan*), *128* (*Schuchardt*), *130* (*Döderlein*, *Dührssen*), 548 (*Cullen*), 773 (*Handfield-Jones*), 1304 (*Warnek*).
—— Anurie bei 1217 (*Patel*).
Gefäßrisse bei Schlüsselbeinbrüchen 1149 (*Gallois*, *Piollet*).
Gefäßzerreißung bei Spontangangrän 180 (*Wulff*).
Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und Urins 72 (*Kümmell*).
Gehirn, Rückenmarks-Chirurgie 1038 (*Bendani*).
Gehirnkrankheiten, Diagnostik der 854 (*Oppenheim*).
Gehirnschuss 904 (*Péraire*).
Gehörorgan, Operationen am 916 (*Trautmann*).
Gehverbände 845 (*Soret*, *Nouëne*).
—— bei Ober- und Unterschenkelbrüchen 609* (*Huschenbett*).
Gekröscyste 236 (*Letulle*), 455 (*Dowd*).
Gekrösdrüsentuberkulose 408 (*Elliot*, *Richardson*).
Gekrösgeschwulst 952 (*Rasumowski*).
Gekrösgeschwülste 431 (*Trinkler*, *Rasumowsky*).
Gelatine und Blutgerinnung 1082 (*Sackur*), 1083 (*Giordano*).
—— als Blutstillungsmittel 226 (*Gaglio*).
Gelatineeinspritzungen 407 (*Collet*), 862 (*Gebele*), 863 (*Moriani*).
Gelatine-Injektionen bei Aneurysmen 134 (*Lancereaux*, *Paulesco*).
—— zur Blutstillung 398 (*Wagner*).
—— Tetanus nach 1171 (*Kuhn*).
Gelenk zwischen Oberarm und Schlüsselbein 677 (*Napalkow*).
Gelenkbänderzerreißung 1129 (*v. Hints*).
Gelenkeiterung 9 (*Hartmann*).
Gelenkentzündungen 1053 (*Phelps*).
—— gonorrhoische 177 (*Baur*), 578 (*Hallé*, *Baur*), 1064 (*Mathieu*).
Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie 974 (*Halbandoff*, *Solowoff*).
Gelenkhydrops 579 (*Debaisieux*), 795 (*Limberger*).
Gelenkleiden 238 (*Bandelot*).
—— bei Gonorrhoe 479 (*Puldrock*).
Gelenkmaus 808 (*Fredet*), 1068 (*Jouon*).
Gelenkmäuse 130 (*Schmieden*).
Gelenkrheumatismus 566 (*Mayer*).
Gelenksteifigkeiten, Blutstauungen bei 1134 (*Blecher*).
Gelenktraumen 1130 (*van Hassel*).
Gelenktuberkulose 8 (*Honsell*).
Gelenkwassersucht 131 (*Benda*).
Genitalien, weibliche 547 (*Bergk*).
Genu recurv. 150 (*Potel*), 846 (*Worobjew*).
—— valgum 311 (*Bossi*), 806 (*Honsell*).
—— —— Epiphyseolyse bei 1246 (*Reiner*).
Gerbergeschwür 1215 (*Brocq*, *Lanbry*).
Geschoss in der Lunge 631 (*Hassler*).
Geschwulst der Blase 1253 (*Wolff*).
—— des Gaumensegels 726 (*Noquet*, *Berbineau*).
—— der Mandeln 1228 (*v. Heinleth*).
—— des Nabels 745 (*v. Noorden*).
—— der Niere 1231 (*Beck*, *Jenckel*).
—— des Rückenmarks 1250 (*Oppenheim*).
Geschwulstentstehung nach Trauma 1141 (*Jordan*).
Geschwulstresten, Zerstörung von *6* (*Ehrhardt*).

Geschwülste 178 (*Helbing*).
—— und Blastomyceten 540 (*Kovatscheva*).
—— bösartige 1201 (*Leser*).
—— der Flexura sigmoidea 1268 (*Rydygier*).
—— kombinirte 1018 (*Schöbl*).
—— der Luftwege 499 (*du Fougeray*).
—— des Mastdarmes 750 (*Lorenz*).
—— Multiplicität bösartiger 639 (*Nehrkorn*).
—— der Nasennebenhöhlen 917 (*Schwenn*).
—— des N. ischiadicus 679 (*Roberts*).
—— des Netzes 758 (*Borrmann*).
—— der Nieren 1095 (*Grohé*), 1096 (*van Engelen*).
—— des Rückenmarkes 511 (*Starr*), 1045 (*Krause*).
—— des Stirnhirns 843 (*Höniger*).
—— des Wurmfortsatzes 338 (*Kelly*).
Geschwülstebehandlung 1081 (*Wlaeff*).
Geschwüre d. Magens 449 (*Körte, Herzfeld*), 959 (*Gluzinski*), 962 (*Lund*).
Gesichtsneuralgie 920 (*Chipault*).
Gewehröl und Panaritium 894 (*Deeleman*).
Gewehrschusswunden 293 (*Lagarde*).
Gipsfenstersucher 531* (*Langemak*).
Goniodiameter, ein Instrument z. Messen 404* (*Thöle*).
Gonokokken 479 (*Ruggles*), 578 (*Bertrand*).
Gonorrhoe 465 (*Grosglik*), 565 (*Scherck*), 939 (*Ssowinski, Leven, Scholtz*), 940 (*Dalton*), 949 (*Lanz*), 984 (*Hodara*).
Gonorrhoische Endokarditis 479 (*Lartigan*).
—— Gelenkleiden 479 (*Paldrock*).
—— Prostatitis 645 (*Schlagintweit*).
Gynäkologie 946 (*Küstner*), 1091 (*Labadie-Lagrave, Legueu*).
Gynäkologische Anatomie 947 (*Petit*).
Gynäkologisches 655 (*Debrunner*).

Haargeschwulst im Magen 1118 (*Küppelin*).
Hämangiom der Leber 1280 (*Langer*).
Hämangioendothelioma tuberosum multiplex 995 (*Wolters*).
Haemarthros genu 153* (*Lauenstein*).
Haematocele uterina 74 (*Reynier*).
Hämatorrhachis, Lumbalpunktion bei 260 (*Strauß*).
Hämoglobinurie 1005 (*Stempel*).
Hämorrhagisches Erbrechen 696 (*von Cačković*).
Hämorrhoiden 48 (*Rauch*), 435 (*Sajetinow*), 822 (*Gunkel*).
Hämothorax 727 (*Tuffier, Milian*).
Händedesinfektion 101 (*Schenk, Zaufal, Dellmer*), 225 (*Deelemann*), 1123 (*Paul, Sarwey*).
Händesterilisation 568 (*Delbet*).
Hals-Brustverletzung 316 (*Paffrath*).
Halsdrüsentuberkulose 1166 (*Harnett*).
Halsrippe 1045 (*Gordon*).
Halsrippen 431 (*Spisharny*).
Halssympathicus, Resektion des 1015* (*Mariani*).
Hammerzehe 806 (*Karewski*).
Handbuch der praktischen Chirurgie 40 (*v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz*).
Handgelenkstuberkulose 573 (*Mundell*).
Handoperationstisch 38* (*Rathmann*).
Handplastik 1152 (*Walravens*).
Handverrenkung 487 (*Tiplady*), 975 (*Wiessner*).
Handwörterbuch der gesammten Medicin 39 (*Villaret*).
Handwurzelknochenverrenkung 487 (*Sheldon, Staffel*).
Harn und Peritoneum 198 (*Rizzo*).
Harnblasenchondrosarkom 88 (*Beneke*).
Harnblaseninfektion 1216 (*Faltin*).
Harnblasen- und Harnröhrenbildung bei Exstrophia vesicae 1257* (*Subbotin*).
Harninkontinenz 997 (*Michailow*).
Harnleiter, doppelter 1229 (*Scudder*).
—— überzähliger 1200 (*Posner*).
Harnleiter-Chirurgie 199 (*Rochet*), 1000 (*Alexandrow*).
Harnleitereinpflanzung in die Blase 556 (*Reynolds*), 557 (*Routier*).
—— in den Mastdarm 1230 (*Peters*).
Harnleiterfistel 318 (*Delbet*).
Harnleiter-Neubildungen 305 (*Albarran*).
Harnleiterstrikturen, Harnretention durch 198 (*Fenger*).
Harnleitertransplantation 1089 (*Jachontow*).
Harnleiterverlauf 1216 (*Löwenhardt*).
Harnretention durch Harneiterungen 198 (*Fenger*).
Harnröhreneinspritzungen 301 (*Strauß*).
Harnröhrenimplantation in den Mastdarm 1229 (*Rosenstein*).
Harnröhrenkrebs 1093 (*Wichmann*).
Harnröhrenschleimhaut 1085 (*Treves*).
Harnröhrenstrikturen 651 (*Blagowestschenski*), 764 (*Chotzen*), 986 (*Lohnstein*), 996 (*Cholzow*).
Harnröhrenverengerungen 84 (*Harrison*), 85 (*Heresco, Albarran*).
Harnseparator 1093 (*Nicolich*).
Hautblastomykose 775 (*Dwyer*), 776 (*Montgomery-Ricketts, Hyde, Ricketts*).
Hautdesinfektion 397 (*Mohaupt*), 543 (*Schuhmacher*).
Hautentzündung, furunkulöse 852 (*Ullmann*).
Hautgangrän 1227 (*Veillon, Hallé*).
Hautkrankheiten 643 (*Jessner*).
—— Bericht über 482 (*Eisenberg*).
Hautkrebs, Resorcin bei 485 (*Williams*).
—— Röntgenstrahlen bei 485 (*Stenbeck*).
Hautmetastasen, Lymphosarkom mit 651 (*Kaposi*).
Hautmyome 482 (*v. Marschalkó*).
Hautödem, chronisches 993 (*Lublinski*).
Hautsaprophyten 983 (*Unna*).
Hautsteine 651 (*Profichet*).
Hauttuberkulose 257 (*Ceccherelli*).
Hautverbrennung 1210 (*Dohrn*).
Hautverbrennungen durch Pulver 293 (*Smith*).
Hautverpflanzung 256 (*Perrolini*).

Heilwirkung des blauen elektrischen Lichtes 1212 (*Minin*).
Heißluftbehandlung bei Mittelohreiterungen 845 (*Hecht*).
Hemiatrophia facialis 1184 (*Luxenburger*).
Herpes zoster 980 (*Kopytowski*), 1227 (*Widal, le Sourd*).
Hernia cruralis 673 (*Wulff*).
—— epigastrica 784 (*Kelling*).
—— inguino-interstitialis 335 (*Uhlenbrak*).
—— obturatoria 386 (*Edler*), 1117 (*v. Meer*).
—— ovarica inguinalis 747 (*Quadflieg*).
—— retrocoecalis 387 (*Neumann*).
Hernie 698 (*Fredet, Demoulin*).
Hernien 605 (*Auvray, Chavannaz*), 690 (*Boland*), 697 (*Kopfstein*), 942 (*Bilfinger*), 943 (*Ekehorn*).
—— der Linea alba 433 (*Bogajewsky*).
—— Radikaloperation von 522 (*Wells*), 523 (*Galleazzi*), 881* (*Francisco*).
Hernienbehandlung, bei Gangrän 1269 (*Chlumský*).
Herniologie 44 (*Taillens*), 45 (*Phelps, Grosse*), 50 (*Phelps, Diederich*), 51 *Hansson, Lejars*), 1102 (*Schwartz*), 1103 (*Faure*).
Herniotomien 1207 (*Meusel*).
Herzchirurgie 316 (*Pagenstecher*).
Herzdämpfung 205 (*Düms*).
Herzkranke, Narkose bei 1123 (*Finney, Stengel, Mayo, Hare*).
Herzmassage bei Chloroformasphyxie 828 (*Depage*).
Herznaht 22 (*Walker*).
Herzruptur 316 (*Bergmann*), 1047 (*Flerow*).
Herzwunden 632 (*Hill, Watten*).
Hetol gegen Tuberkulose 661 (*Landerer*).
Hirnabscess 1184 (*Hölscher*), 1297 (*Tschekan*), 1298 (*Goris*).
Hirnbruch 264 (*Hovis*).
Hirnbrüche 843 (*Petrow*).
Hirncysticercus 624 (*Maydl*).
Hirndruck *39* (*Tilmann*).
Hirngeschwulst 623 (*Walton, Günzburg, Mills, Keen, Spiller*), 1183 (*v. Herczel, White*).
Hirngeschwülste *42* (*Heidenhain*), *46* (*Krönlein*).
Hirnhaut, Verletzung der Blutleiter der harten 496 (*Luys*).
Hirnhyperämie 844 (*Bier*).
Hirnkomplikationen von Otitis *39*, 673 (*Merkens*).
Hirnsarkom 723 (*Clarke, Lansdown*).
Hirnstörungen nach Ligat. der V. jug. int. 360 (*Kummer*).
Hirntuberkel *48* (*Krönlein*), 624 (*Spillmann, Nilus*).
Hirschsprung'scheKrankh. 1200 (*Kümmell*).
Histologie, pathologische 507 (*Cornil, Ranvier*).
—— des Rhinosklerom 916 (*v. Marschalko*).
Hochstand d. Schulterblattes *134* (*Kayser*).
Hodendegeneration 1090 (*Marrassini*).
Hodengeschwülste 1232 (*Gessner*).
Hodenlagerung, abnorme 416 (*Annandale*).
Hodentuberkulose 73 (*Mauclaire*), 74 (*Moschkowitz*), *117* (*Baumgarten*), *119* (*v. Bruns*), *121* (*v. Büngner*), *124* (*Payr*), *125* (*Simon, König*).
Hören, Mechanik des 352 (*Zimmermann*).
Hohlfuß 152 (*Laurent*).
Holzphlegmone 179, 542 (*Mühsam*).
Hospitalbrand 909 (*Matzenauer*), 1002 (*Brabec*).
Hühnerhautüberpflanzung 148 (*Fiorani*).
Hüftentzündung, tuberkulöse 802 (*Ludloff*).
Hüftexartikulation 808 (*Da Costa*).
—— Knochenhypertrophie nach 581 (*Cotteril*).
Hüftgelenkentzündung *144* (*v. Mangoldt*).
Hüftgelenksaffektion, seltene 600* (*Trantzscher*).
Hüftgelenkserkrankungen 1058 (*König*).
Hüfthaltung, hysterische 473 (*Shoemaker*).
Hüftluxation, kongenitale 1078* (*Bayer*).
Hüftverrenkung 310 (*Höflinger*), 582 (*Amson*), 1067 (*Jouon*), 1067 (*Lepage, Grosse*).
—— angeborene *139* (*Joachimsthal*), 149 (*Nové-Josserand*), 366 (*Rager*), 669 (*Schlesinger, Ghiliers*), 674 (*Joachimsthal*), 1059 (*Cacciari*), 1068 (*Codivilla*).
—— veraltete *141* (*Payr*).
Hüftverrenkungen, veraltete 30 (*Payr*).
Humerusresektion *136* (*Rotter*), 1065 (*Guinard, Gardner*).
Hydrocele 546 (*Peyrot, Milian*), 990 (*Ohl*).
—— Radikaloperation der 1140* (*Lauenstein*).
—— vaginalis 400 (*Remedi*).
Hydronephrose 436 (*Fjodorow*), 990 (*D'Urso*), 1303 (*Reimann*).
Hydropyonephrose 655 (*Rank*).
Hydrorrhoea nasalis 1043 (*Angiéras*).
Hygrom der Bursa trochanterica *146* (*Wilms*).
Hyperacidität bei Magenerweiterung 25 (*Neumann*).
Hyperämie gegen Geschwürsprocesse 934 (*Ullmann*).
—— künstliche 864 (*Ritter*).
Hyperemesis lactentium *91* (*Schmidt*).
Hyperkeratosis centrifuga 993 (*Respighi*).
Hypertrophie der Prostata 645 (*Bisset, Bangs, Haydem*), 646 (*Posner*), 652 (*de la Harpe*), 986 (*Ciechanowski*), 987 (*Freudenberg, Schlagintweit*).
Hypospadieoperation 318 (*Marwedel*).
Hysterectomia abdominalis 76 (*Reynier*).
Hysterektomie 402 (*Tuffier*).

Ichthargan und Ichthoform 470 (*Unna*).
Ichthyosis congenita 981 (*Riecke*).
Idiosynkrasie gegen Quecksilber 481 (*Schulze, Stark*).
Ileocoecalklappe 454 (*Mayo*).
Ileus 113 (*v. Mikulicz, Batsch, Marcinowsky, Holz, Demme, Lüttgen*), 608 (*Dietrich, Simon, Höchtlein*), 701

(*Tixier*, *Viannay*), 702 (*Bofinger*, *Güthgens*, *Middeldorpf*), 748 (*Hämig*, *Groves*), 1207 (*Gebele*, *Pritchard*, *Aronheim*, *Schulz*), 1208 (*Bryant*).
Ileus, Darmresorption bei 452 (*Garbarini*).
Immunität 661 (*Studenski*).
Impetigo 194 (*Brocq*, *Schultz*, *Raab*), 207 (*Balzer*, *Alquier*).
—— herpetiformis 980 (*Gunsett*).
Implantation von Kaninchenaugen 1163 (*Lagrange*).
Incontinentia ani 146, 338 (*Lennander*).
—— urinae 1093 (*Albarran*, *Cathelin*).
Infanteriegeschosse, Wirkung der 273 (*Cranz*, *Koch*).
Infektion der Harnblase 1216 (*Faltin*).
—— pyogene 103 (*Bail*).
Infektionen, pyogene 128 (*Hunter*).
Infektiosität des Haarschweißes 1289 (*Genevet*).
Infiltrationsanästhesie 492* (*Moszkowicz*).
Influenza 710 (*Perez*).
—— und Erkrankungen des Hörorgans 353 (*Wagner*).
Influenzaotitis 1041 (*Bar*).
Inhalationsnarkose bei Oberkieferresektion 22 (*Krönlein*).
Injektionen von Gelatine bei Aneurysmen 134 (*Lancereaux*, *Paulesco*).
Injektionsspritze 857* (*v. Zawadzki*).
Inklusion der Bauchhöhle 56 (*Lexer*).
—— fötale 410 (*Wright*, *Wylie*).
Inokulationstuberkulose 512 (*Bernhardt*).
Instrumente 1249 (*Fuhr*).
—— für die Harnorgane 555 (*Schlagintweit*).
Intubation, perorale 1281* (*Kuhn*).
—— und Tracheotomie 619 (*Kuhn*).
—— retrograde 325 (*v. Čačković*).
Intubationstrauma 500 (*v. Bókay*).
In- und Extubationsapparat 1202 (*Rehn*).
Invalidenversicherungsgesetz 203 (*Meyer*).
Invaginatio ileo-ilea 672 (*Helbing*).
Invagination 875 (*Quadflieg*).
Ischias 679 (*Marie*, *Guillain*).
—— traumatica 1244 (*Bardenheuer*).
Itrol bei Hautkrankheiten 470 (*Werler*).

Jahresbericht 229 (*Petersen*), 269 (*Roth*), 825 (*Hildebrand*, *Veillon*, *Thomen*, *Hägler*, *Burckhardt*).
Jahresversammlung der British medical association 138.
Jodkaliresorption 914 (*Lion*).
Jodoform 515 (*Fränkel*).

Kahnbeinverrenkung 1071 (*Durand*).
Kapselplastik 1137 (*Auler*).
Karbolgangrän 860 (*Rosenberger*).
Kasuistik 948 (*Bernhardt*).
Kasuistische Mittheilungen 826 (*Gelpke*).
Katgut 103 (*Carstens*), 819 (*Renner*).
Katheterdesinfektion 1302 (*Hock*).
Kehlkopfexstirpation 63 (*Werkmeister*), 424 (*v. Hippel*), 1044 (*Rosciano*, *Goris*).
—— totale 314 (*Braun*).
Kehlkopffraktur 182 (*Stephens*).
Kehlkopfkrebs 922 (*Mackenzie*, *Scheier*).
Kehlkopfpapillom und Syphilis 481 (*de la Combe*).
Kehlkopftuberkulose 1186 (*Cybulski*).
Keloid 8 (*Goldmann*).
Kieferverrenkung 56 (*Hildebrand*).
Klinischer Bericht 1225 (*Strube*).
Kleinhirnabscess 724 (*Barr*, *Nicoli*), 854 (*Clarke*, *Morton*).
Klumpfuß 138 (*Finck*), 437 (*Horn*), 967 (*Vincent*).
Klumpzehen 475 (*Hofmann*).
Knieankylose 1069 (*André*).
Kniegelenkentzündung 145 (*Griffiths*).
Kniegelenkkontrakturen 159* (*Bruns*).
—— und Ankylosen 1245 (*Vulpius*).
Kniegelenkverletzungen 153* (*Lauenstein*).
Kniekehlencyste 1070 (*Giron*).
Kniekontraktur 148 (*Heusner*).
Kniescheibenbandzerreißung 357 (*Blauel*).
Kniescheibenbruch 583 (*Porter*), 1060 (*Rossi*).
Kniescheibenbrüche 4* (*Wiener*), 32 *Wegner*), 147 (*Wolff*), 156* (*Popper*).
Kniescheibenexstirpation 583 (*Berger*).
Kniescheibennaht 805 (*Barker*).
Kniescheibentransplantation 151 (*Senn*).
Kniescheibenverrenkung 670 (*Friedländer*), 1069 (*Maillefert*), 1255 (*Borchard*).
Kniescheibenverrenkung 148 (*Cramer*).
Knievereiterung 582 (*Delore*).
Knieverletzung 673 (*Körte*).
Knieverrenkung 367 (*Eames*).
Kniewasser 582 (*Ballenghien*).
Knochenabscess 793 (*Gross*).
Knochenarchitektur 6 (*Wolff*).
Knochenatrophie 7 (*Sudeck*).
Knochenblasen der Nasenmuscheln 927 (*Sundholm*).
Knochenbruch, Thyreoidin bei 407 (*Tronchet*).
Knochenbrüche 98 (*Helferich*), 666 (*Valenzuela*, *Loewenthal*, *Beck*), 794 (*Hatch*), 1127 (*Ziegler*), 1239 (*Oberst*).
—— Heilung der 568 (*Rossi*).
—— irreponible 486 (*Rothschild*).
—— Skiaskopie bei 349 (*Tuffier*).
—— und Verrenkungen, seltene 486 (*Thöle*).
Knochencallus, Entwicklung des 1153* (*Bum*).
Knochencyste 966 (*Beck*).
Knochendefekte, angeborene 367 (*Grosse*).
Knochenentzündung 807 (*Gömöry*).
Knochenhypertrophie nach Hüftexartikulation 581 (*Cotteril*).
Knochenkohle für Jodoform 1267 (*Frommer*).
Knochenoperationen am Schädel 405* (*Payr*).
Knochentuberkulose 129 (*Apert*). 807 (*Faliocchio*), 974 (*Kirschner*).
Knochenwachsthum, Störungen des 566 (*Maass*).

Knorpelrest im Kopfnicker 628 (*Lengemann*).
Kochsalzinfusionen 407 (*Leonpacher*).
Kollateralkreislauf 420 (*Bier*).
Kolostomie 114 (*Gallet, Hartmann*).
Kolpoplastik 773 (*Beck*).
Kongress, XXX., d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie No. 29. Beilage.
—— VII der deutschen dermatologischen Gesellschaft 847.
—— der Gesellschaft russischer Chirurgen 428.
—— internationaler medicinischer (Urologie) zu Paris 78.
Kontraktur des Blasenhalses 1292 (*Chetwood*).
Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenks 1245 (*Vulpius*).
—— im Kniegelenk 159* (*Bruns*).
Kontusionen des Bauches 382 (*Brentano*).
Kopfverletzungen 1290 (*Cannon*).
Korsett und Leibbinde 949 (*Witthauer*).
Kothfistel 748 (*Clairmont*).
Krankenhausbericht 851 (*Fehleisen, Westerfeld*), 1016 (*Mazzoni*).
Krankenpflege 1236 (*Mendelsohn*).
Krankheitsgeschichten 134 (*Calot*).
Kraniotomie 167 (*Codivilla*), 181 (*Xolzow*).
—— bei intrakranieller Blutung 360 (*Cholzow*).
—— Technik der 1233* (*Schoemaker*).
Krause'sche Läppchen 862 (*Perrolini*).
Krebs *4* (*Petersen*), *6* (*Sjöbring*), 1004 (*Park*), 1029 (*Ritter*), 1030 (*Ravogli*), 1211 (*Whitney*).
—— Arsen bei 1266 (*Juras*).
—— der Blase 1094 (*Ehrich*), 1293 (*Englisch*),
—— Blutveränderungen bei 1030 (*Donati*), 1032 (*Silhol*).
—— der Brust 923 (*Oelsner*).
—— der Brustdrüse 144 (*Boyd, Herman*).
—— Chinin gegen 1092 (*Lannois*).
—— des Dickdarmes 55 (*Zimmermann*), 528 (*de Bovis*).
—— des Duodenum 235 (*Domenici*).
—— der Gebärmutter *127* (*Jordan*), *128* (*Schuchardt*), *130* (*Döderlein, Dührssen*), 548 (*Cullen*), 773 (*Handfield-Jones*), 1304 (*Warnek*).
—— —— Anurie bei 1217 (*Patel*).
—— der Harnröhre 1093 (*Wichmann*).
—— der Haut 485 (*Stenbeck, Williams*).
—— des Kehlkopfes 922 (*Mackenzie, Scheier*).
—— der Luftröhre 923 (*Tschudy*).
—— des Magens 373 (*Hemmeter*). 1104 (*Tuffier*), 1197 (*v. Mikulicz*).
—— der Mamma 1204 (*Gulke*), 1205 (*Clark*).
—— des Mastdarmes 115 (*Prutz*), 314 (*Martens*), 435 (*Tauber*), 454 (*Pichler, Prutz*), 741 *Vogel*), 790 (*Prutz*), 1022 (*Lewy*), 1023 (*Niederle*), 1110 (*Berger*).
—— melanotischer 1092 (*Mollard*).
—— des Pankreas 880 (*Grandmaison*).
Krebs, Röntgenstrahlen geg. 1092 (*Chamberlain*).
—— Serum gegen 351 (*Wlaeff, Hofmann*), 615 (*Dor*).
—— der Ulna 488 (*Fittig*).
—— der Unterlippe 921 (*Stieda*).
Krebse, inoperable 818 (*Hérard*), 827 (*Coley*), 828 (*Wild*).
Krebsparasiten 812 (*Gaylord*), 814 (*Schueller*), 817 (*Adami*).
Krebsrecidiv 827 (*Cabot*).
Krebsserum, cytolytisches 1289 (*Dor*).
Krebsstatistik 826 (*Lyon*).
Kretinismus 985 (*Neumann*).
Kriegsbericht 294 (*Finot*).
Kriegschirurgie 272 (*Toubert*), 887 (*Bock, Hasenkopf*), 892 (*Fischer*).
Kriegserfahrungen in China 1275 (*Schlick*).
—— in Cuba 901 (*Senn*).
—— in Süd-Afrika 278 (*Matthiolius*), 284 (*Küttner*), 288 (*Strehl*), 552 (*Chiene*), 895 (*Makins*).
Kriegsverwundungen 890 (*Niemier, Laval*).
Kropf 504, 865 (*Beck*), 618 (*Mayet*).
Kropfbehandlung 430 (*Bobroff*).
Kropfoperationen 29 (*Carle*), *58* (*Kocher*), *61* (*Kraske*), 727 *Meusel*), 1036 (*Cavazzani*).
Krup 726 (*Froin*).
Kyphosenbehandlung 1055 (*Schanz*).

Lähmung der Arme, intermittirende 855 (*Massaut*).
—— eines Nervenastes des N. peron. prof. 679 (*Kühn*).
Lähmungen des Plexus brachialis 667 (*Duval, Guillain*).
Lageanomalie des Dickdarmes 608 (*Reinbach*).
Laminektomie 720 (*Roncali*).
Lanze, die 278 (*Schaefer*).
Laparotomie 130 (*Dührssen*), 371 (*Naudet*), 431 (*Bogojawlensky*), 586 (*Quénu, Judet*).
—— und Pneumonie *74* (*Henle*).
Laryngofissur 726 (*Luc*).
Leber- und Gallenwege, Chirurgie der 945 (*Terrier, Auvray*).
—— und Magenveränderungen nach Netzabbindungen 446 (*Engelhardt, Neck*).
—— und Nebennierensarkom 761 (*Pepper*).
Leberabscess 341 (*Chevalier, Oddo*), 1279 (*Troczewski*).
Leberatrophie, akute, gelbe 746 (*Mintz*).
Lebercirrhose 376 (*Friedmann*), 389 (*Frazier*).
—— Ascites bei 759 (*Packard, Le Conte*), 792 (*Benissowitsch*).
Leberechinococcus 236 (*Franke*).
Leberechinokokken 377 (*Jonnesco*), 464 (*Tricomi*), 596 (*Zervos*).
Leberhämangiom 1280 (*Langer*).
Leberkuppe, Chirurgie der 867 (*Sirand*).
Leberneuralgie 879 (*Michailow*).
Leberresektion 703 (*Filippini*), 879 (*Chapot-Prévost*).

Leberruptur 866 (*Fraenkel*), 1278 (*Wilms*), 1279 (*Thompson*).
Lebersarkom 56 (*Ford*).
Leberschuss 974 (*Stuckert*).
Leberwunden, Blutstillung bei 455 (*Caponago*), 1263 (*Delbet*).
Leistenbruch 118 (*Grenkow*).
Leistenbrüche 434 (*Beresowsky*), 446 (*Le Dentu*), 1117 (*Lauenstein, Dubujadoux*).
—— Radikalbehandlung 372 (*Vanverts*).
—— Radikaloperationen v. 109 (*Galeazzi*).
—— und Schenkelbruchbehandlung 185* (*Wolfermann*).
Lehrbuch der Chirurgie 494 (*Tillmanns*), 495 (*Schmidt*).
Leontiasis 506 (*Lanz*).
—— ossea 263 (*Stack*).
Lepra 546 (*Glück*), 1020 (*Thin*).
Leukopathie der Nägel 195 (*Heidingsfeld*).
Leukoplakia vulvo-analis 1091 (*Perrin*).
Leukoplakie 423 (*Sellei*).
—— 617 (*du Castel*).
Lexikon, biographisches 98 (*Pagel*).
Lichen planus der Harnröhrenschleimhaut 996 (*Heuss*).
Licht als Heilmittel 195 (*Kime*).
Lichttherapie 850 (*Strebel*).
Ligatureiterungen 2 (*Hägler*).
Ligaturen 597* (*Katzenstein*).
Ligaturenanlegung 384 (*Katzenstein*).
Lipoma arborescens 807 (*Michailow*).
Lipom, Entfernung eines retroperitonealen 176 (*Lexer*).
Lipome der Fußsohle 152 (*Féré*).
—— symmetrische 1018 (*Serenin*), 1092 (*Féré, Francillon*).
Lithotripsien bei Kindern 436 (*Alexandroff*), 437 (*Krassnobajew*).
Lokalanästhesie in Nase und Ohr 498 (*Gray*).
Lues, hereditaria, Gelenkleiden bei 238 (*Bandelot*).
Luftinfektion 395 (*Noeggerath*).
Luftröhre, Chirurgie der 630 (*Jones, Keen*).
Luftröhrenkrebs 923 (*Tschudy*).
Luftröhrenresektion 1187 (*Frankenberger*).
Lufttamponade der Bauchhöhle 1189 (*Kelling*).
Luftverdünnung im äußeren Ohr 625 (*Cordes*).
Luftwegegeschwülste 499 (*du Fougeray*).
Lumbalpunktion 166 (*Hand*).
—— bei Hämatorrhachis 260 (*Strauß*).
Lungenchirurgie 619 (*Borchert*).
—— und Skiaskopie 1188 (*Tuffier*).
Lungengangrän 380 (*Körte*).
Lungenkomplikation 64 (*Gerulanos*).
Lungenkrankheiten 1194 (*Quincke*).
Lungenleiden 720 (*Guinon*).
Lungenresektion 65 (*Heidenhain*).
Lungenschwindsucht 67 (*Sarfert*).
Lupus 263 (*Smith*), 1227 (*Glebowski*).
—— erythematodes 982 (*Schoonheid*).
—— Lichtbehandlung bei 485 (*Leredde*).
Lupus der oberen Luftwege 499 (*Félix*).
Lupusbehandlung 196, 470 (*Nobel*).
Luxatio carpo-metacarpea 856 (*Burk*).
—— clav. stern. 1065 (*Klaussner*).
—— congenita coxae; Heteroplastik des Limbus 977* (*Witzel*).
—— intercarpalis 477* (*Bähr*).
—— sub talo 583 (*Hildebrand*).
Luxation der Peroneussehnen 33* (*Reerink*).
Lymphadenie, Chinin gegen 578 (*Patel*).
Lymphangiom des weichen Gaumens 438 (*Ratimow*).
Lymphangiosarkom der Nase 1042 (*Broeckaert*).
Lymphbahnen des Hodens 990 (*Cuneo*).
Lymphcysten des Oberschenkels 1152 (*Nordmann*).
Lymphdrüsen 709 (*Betagh*).
Lymphdrüsensarkom 727 (*Schlagenhaufer*),
Lymphdrüsentuberkulose 1017 (*Finkelstein*).
Lymphgefäßapparat 13 (*Most*).
Lymphosarkom mit Hautmetastasen 651 (*Kaposi*).
Lysoform 101 (*Strassmann*).

Madurafuß 968 (*Unna, Delbanco*).
Magenblutung nach Gallenblasenoperation 53 (*Dehler*).
Magenblutungen 52 (*Moullin*), 53 *Lauenstein*).
Magencarcinom 526 (*Rütimeyer*), 1197 (*v. Mikulicz*).
Magenchirurgie 110, 737 (*Kelling*), 335 *Spencer*), 525 (*Ssapeshko*), 606 (*Häberlin, Nicolaysen*), 736 (*Bocks*), 1104 (*Lanz*).
Magen- und Darmchirurgie 96* (*Schmidt*).
—— u. Darmkanalchirurgie 333 (*Prichard*).
—— und Darmvereinigungen, Prothesen bei 329 (*Kelling*).
—— und Duodenalgeschwür 336 (*Kiefer*).
Magendilatation, akute *90* (*Kelling*).
Magenektasie bei Rückenmarksläsion 970 (*Kausch*).
Magenerkrankungen 104 (*Braun*).
Magenerweichung 674 (*Brentano*).
Magenerweiterung 25, 330 (*Neumann*).
Magenexstirpation 388 (*Boeckel*).
—— totale 607 (*v. Bardeleben*).
Magengeschwür 52 (*Hume*), 119 (*Gauthier*), 373 (*de Stawell*), 449 (*Körte, Herzfeld*). 747 (*Angus, Horrocks, Maunsell*), 874 (*Villard, Gauthier, Hirschfeld*), 950 (*Michailow*), 959 (*Gluziński*), 962 (*Lund*).
Magenkrebs 373 (*Hemmeter*), 1104 (*Tuffier*), 1022 (*Lewy*).
Magenoperation 234 (*Boks*), 463 (*Rydygier*), 786 (*Stieda*).
Magenperforation 333 (*Barker*).
Magenresektion *94*, 1118 (*Kelling*), 432 (*Sapeszko*), 1119 (*Franke*).
—— und Gastroenterostomie 535 (*Seiler*).
Magensarkom 447 (*Fenwick*), 698 (*Arnold*), 962 (*Mintz*).

Magenschuss 51 (*Laurent*), 119 (*Andrassy*).
Magenschleimhaut, Erosionen der 958 (*Pariser*).
Magnesiumverwendung 513* (*Payr*).
Makrodaktylie 581 (*Boinet*).
Mal perforant 976 (*Péraire, Navarro*), 1071 (*Vince*).
— — des Mundes 725 (*Compaired*).
Malum coxae senile 1136 (*Stempel*).
Mammakrebs 144 (*Boyd, Herman*), 1204 (*Gulche*).
Mandelabscesse 1166 (*Moure*).
Mandelgeschwulst 181 (*Taddei*).
Mandelgeschwülste 1228 (*v. Heinleth*).
Maskenanwendung 984 (*Unna*).
Massagen 1239 (*Ewer*).
Mastdarm, Harnleitereinpflanzung in den 1230 (*Peters*).
— Harnröhrenimplantation in den 1229 (*Rosenstein*).
Mastdarmexstirpation 693 (*Murphy*).
Mastdarmgeschwülste 750 (*Lorenz*), 1269 (*Rydygier*).
Mastdarmgonorrhoe 1023 (*Karo*).
Mastdarmkrebs 115 (*Prutz*), 314 (*Martens*), 435 (*Tauber*), 454 (*Pichler, Prutz*), 741 (*Vogel*), 790 (*Prutz*), 1023 (*Niederle*), 1110 (*Berger*).
Mastdarmresektion 530 (*Levy, Stiassny*).
Mastdarmstrikturen 140 (*Wallis*), 1109 (*Navarro, Reber*).
Mastdarmuntersuchung 1108 (*Ebstein*).
Mastdarmvorfall 389 (*Kirk*), 435 (*Wreden, Napolkow*), 703 (*Roersch*).
Mastdarmzerreißung 703 (*Moulton*).
Mastitis 1203 (*Ray*).
Maximalthermometer 869 (*Stich*).
Mechanotherapie 471 (*Regnier*).
Medianusdurchtrennung 1254 (*Wyss*).
Mediastinitis 1046 (*Kopfstein*).
Medullaranästhesie 428 (*Mintz, Meerwitz*), 642 (*Doléris*), 1020 (*Francesco*).
Medullarnarkose 572 (*Ehrenfest, Bainbridge*), 1267 (*Ziembicki*).
Megacolon congenitum 1269 (*Bossowski*).
Menière'scher Symptomenkomplex 1161 (*Heermann*).
Meningitis *40* (*Barth*).
— otogene 615 (*Hinsberg*), 622 (*Bertelsmann*).
— serosa 622 (*Hegener*).
— tuberculosa 842 (*Simmonds*).
Meningo-Encephalocele 1024 (*Fullerton*).
Metatarsalgie 1241 (*Bilhaut*).
Mikroben bei Ekzem 467, 468 (*Unna*), 469 (*Moberg, Unna, Kreibich, Veillon*).
Mikrognathie 11 (*Lorenz*).
Mikroorganismen, Antiseptik bei 442 (*Remedi*).
Mikrosporie 983 (*Plaut*).
Milzbrand 205 (*Alpago-Novello*).
Milzechinococcus 120 (*Petit*).
Milzexstirpation 340 (*D'Arcy-Power*), 703 (*Nanotti*), 963 (*Schwarz*).
Milzgefäßunterbindung 1191 (*Bălăcescu*).
Milznekrose, traumatische 340 (*Karewski*).
Milzruptur 1277 (*Kolb, Loison, Venon*).
Milzverletzung 877 (*Krjnkow*).
Milzzerreißung 1208 (*Loison, Mauclaire*).
— subkutane 339 (*Jordan*).
Mischnarkosen *20* (*Braun*).
Missbildungen 256 (*v. Torday*).
— angeborene 367 (*Tschmarke, Grosse*).
Mittelfußknochenbrüche 846 (*Meiser*).
Mittelfußverrenkung 1256 (*Quénu*).
Mittelohres, Anatomie des 915 (*Broca*).
Mittelohreiterung 713 (*Merkens*), 1040 (*Luc*).
Mittelohreiterungen (Heißluftbehandlung) 845 (*Hecht*).
Mittelohrentzündung 1041 (*Malherbe*).
Mucoidcyste in der Fossa canina 438 (*Thöle*).
Muskellähmungen 132 (*Fassigny*).
Muskeloperationen 544 (*Capurro*).
Muskelsarkom 795 (*Biaghi*).
Myasthenia paroxysmalis angiosclerotica 1080 (*Higier*).
Myom des Pylorus 1118 (*Caminiti*).
Myositis 1225 (*Rager*), 1226 (*Ware*).
— ossificans 364 (*Morian*).
Myxödem 174 (*Hertoghe*).

Nabelbruch 785 (*Busse*).
Nabelbrüche 433 (*Deschin*).
Nabelgeschwulst 745 (*v. Noorden*).
Nabelschnurbruch 51 (*Hansson*).
Nachbehandlung von Invaliden und Unfallverletzten *33* (*Ziemssen*).
Naevus fibromatosus 1227 (*Hallopeau, Fouquet*).
Naht der Blutgefäße 1148 (*Payr*).
— mit gewachsten Seidenfäden 661 (*Saltykoff*).
Nahtführung zur Wiedervereinigung der Recti 267* (*Hammesfahr*).
Narkose 57* (*Hofmann*), 66 (*Seitz*), 1006 (*Korff*), 1267 (*Mieczkowski*).
— bei Herzkranken 1123 (*Finney, Stengel, Mayo, Hare*).
— medulläre 248* (*Schwarz*).
Narkosen 756 (*Eastes*).
— mit Siedegemischen 585 (*Selberg*).
Nase, Fremkörper in der 437 (*Sakchejew, Ruault*), 510 (*David*).
— Lymphangiosarkom der 1042 (*Broeckaert*).
Nasenbluten 918 (*Kompe*).
Nasenbrüche 927 (*Clinton*).
Nasenchondrome 1042 (*Escat*).
Nasenkrankheiten 917 (*Lichtwitz*).
— Atlas der 1032 (*Krieg, Gerber*).
Nasenmuschel, Erkrankungen der 258 (*Cordes*).
Nasennebenhöhlen, Erkrankungen der 259 (*Wertheim*).
— Geschwülste der 917 (*Schwenn*).
Nasennebenhöhlenoperationen, Nachbehandlung bei 1164 (*Wells*).
Nasenosteome 1034 (*Haas*).

Nasenschleimhauttuberkulose 1163 (*Hinsberg*).
Nasenspalte, angeborene 264 (*Lexer*).
Nasentuberkulose 168 (*Steward*).
Nasenverschönerung 904 (*Clark*).
Natrium carbonicum 429 (*Georgiewsky*).
Naturforscherversammlung 1141, 1170, 1194, 1220, 1242.
—— Sektion für Unfallheilkunde 201.
Nebennierenextrakt 1006 (*Schäfer*).
—— als Blutstillungsmittel 570 (*Bates*).
—— bei Nasenbluten 1020 (*McKenzie*).
Nebennieren- u. Lebersarkom 761 (*Pepper*).
Nekrolog über Carl Langenbuch 1250 (*Sonnenburg*).
Nekrose am Schädelknochen 429 (*Sakcheew*).
Nephrektomie 208 (*Prochownick*), 1000 (*Thumim*).
Nephroneurose 87 (*Escat*).
Nephropexie 401 (*Bazy*).
Nervendehnung 151 (*Montini*).
Nervenerkrankungen im Plexus lumbalis 656 (*Hartmann*).
Nervenfibrom 482 (*Preble, Hektoen*).
Nervenkreuzung 253 (*Kennedy*).
Nervennaht am Plexus brachialis 1150 (*Codivilla*).
—— und Neurolyse 230 (*Kramer*).
—— und Sehnennaht 1007 (*Lotheissen*).
Nervenverletzungen 1072 (*Biso*).
Nervenvertheilung in der Haut 847 (*Blaschke*).
Nervenpfropfung 454 (*Manasse*).
N. ischiadius, Geschwülste des 679 (*Roberts*).
—— radialis b. Oberrmbrüchen 677 (*Keen*).
—— sympathicus, Resektion des *56* (*Braun*).
—— vagus, Verletzungen des 355 (*Dalla Vecchia*).
Neurofibromatose 1080 (*Adrian*).
Neurolyse und Nervennaht 230 (*Kramer*).
Neurome des N. uln. 678 (*Keen, Spiller*).
Neurose, traumatische 1125 (*Schuster*).
Netzabbindung 446 (*Engelhardt, Neck*).
Netzechinococcus 1120 (*Tusini*).
Netzgeschwülste 758 (*Borrmann*).
Netzkystom 752 (*Marsh, Mousarrat*).
Netzplastik 524 (*Zilocchi*).
Netztorsion 534 (*Heiz, Bender*).
Nieren und Narkose 648 (*Mann*).
Nierenbecken, Neubildungen des 305 (*Albarran*).
—— Topographie des 180 (*Zandek*).
Nierencarcinom 676 (*Löhlein*).
Nierenchirurgie 87 (*Kümmell*), *103* (*Küster*), 199 (*Rochet*), 557 (*Aue, Dzirne*), 654 (*Busse, Preindlsberger*), 765 (*Israel, Josephson*), 854 (*Pauchet*).
Nierendiagnostik *107* (*Casper*), 303 (*Casper, Richter*).
Nierenechinococcus 545 (*Stein*), 653 (*Meinel*).
Nierenexstirpation 415 (*Perman*).
Nierenfunktion 1223 (*Straus*).
Nierengefäße, Unterbindung der 304 (*Giani*).
Nierengeschwulst 208 (*Donetti*).
Nierengeschwülste 1095 (*Grohé*), 1096 (*van Engelen*), 1231 (*Beck, Jenckel*).
Nierengeweberesektion 72 (*Dolgone*).
Nierenkapselgeschwülste 771 (*Pork*).
Nierenkontusionen 1086 (*Delbet*).
Nierenkrankheiten *108* (*Kümmell*), 770 (*Bazy*).
Nierenoperationen 78 (*Küster*), 79 (*Fenger, Bazy*), 80 (*Albarran*), 87 (*Kümmell*), *116* (*Braatz*).
Nierenresektion 1085 (*Fiori*).
Nierenspaltung 1087 (*Lennander*).
Nierensteine *114* (*Albers-Schönberg*), 1297 (*Sternberg*).
Nierentuberkulose 653 (*Vianney, Bouglé, Simon*), 1088 (*Legueu*).
Nierenuntersuchung, funktielle 1073*, 1224 (*Casper*).
Nierenveränderung nach Bauchhöhlenoperation 824 (*v. Brunn*).
Nierenverletzung 1095 (*Kellermann*).
Nierenverletzungen 204 (*Hensgen*).
Noma 100 (*v. Ranke*), 430 (*Kissel*), 725 (*Kusch, Subbotić*), 852 (*Krahn*), 853 (*Kissel*), 995 (*Achwlediani*), 1020 (*Strauwen*).

Oberarmbrüche 800 (*Sultan*).
Oberarm- und Oberschenkeldefekte, angeborene 799 (*Adrian*).
Oberarmfrakturenschiene, neue 809* (*Popper*).
Oberarmverrenkung, willkürliche 1243 (*Riedinger*).
Oberkieferresektion 616 (*Schlatter*).
Oberschenkelbruch 1255 (*Bérard*).
Oberschenkelpseudarthrose 238 (*Derinschinski*).
Obturationsileus 702 (*Adam*).
Ölinfusionsapparat 550 (*Ewald*).
Ösophagoskopie *68*, 779 (*Gottstein*).
—— retrograde 729* (*Hofmann*).
Ösophagotomie 532 (*Sebileau, Lombard*).
—— transpleurale 18 (*Dobromysslow*).
Ösophagoskopie und Gastroskopie 517 (*Killian*).
Ösophagus, Bougirung des 926* (*Merkens*).
Ösophagusstriktur, Gastrostomie bei 462 (*Dennis*).
Ohrleiden 1040 (*Raoult, Luc*), 1041 (*Bar, Malherbe*).
—— Psychopathie bei 1299 (*Toretta*).
Operationen am Dickdarm 692 (*Payr.*)
—— am Fuß 1063 (*Brissard*).
—— während der Schwangerschaft 133 (*Schröders*).
Operationsasepsis 933 (*Delbet, Bigeard*).
Operationshandschuhe 102 (*Küster*), 1142 (*Heile*).
Operationslehre 638 (*Stecchi, Gardini*).
Operationstische 1249 (*Schuchardt*).
Orbita-Freilegung 713 (*Franke*).

Orchitis und Epididymitis bei Typhus 1304 (*Kinnikutt*).
Orthoform, Nebenwirkungen des 995 (*Graul.*)
Orthopädie 471 (*Lorenz*).
Orthopädische Apparate 1064 (*Graff*).
—— Chirurgie 402 (*Ghillini*).
Orthopädischer Tisch 1225 (*Schultze*).
Osteochondritis heredosyphilitica 850 (*Hochsinger*).
Osteoklase 1129 (*Heusner*).
Osteom der Fascia cruralis 680 (*Wegner*).
—— der Nase 1034 (*Haas*).
—— des Sinus frontalis 28 (*Zimmermann*).
Osteomalakie 1052 (*Gayet*), 1052 (*Bonnet*), 1253 (*Tendlan*).
Osteome 364 (*Nimier*), 365 (*Picqué, Loison*).
Osteomyelitis 129 (*Reis*), 807 (*Schusster*), 1064 (*Elgard*).
—— des Brustbeins 1203 (*Jochmann*).
—— traumatica purulenta cranii 10 (*Fischer*).
Osteoplastische Amputationen 19 (*Sampirescu*).
Otitis 1032 (*Gaudier*).
—— Hirnkomplikationen von 39 (*Merkens*).
—— media 361 (*Dahlgren*).
—— Sprachstörungen bei 1162 (*Merkens*).
Ozaena 510 (*Szmurlo*), 715 (*Cozzolino*).

Pancreatitis haemorrhagica acuta 22 (*Hahn*).
Pankreaschirurgie 342 (*Marwendel*), 390 (*Faure, Schmidtmann, Tricomi*), 391 (*Barling*), 762 (*Ceccherelli*).
Pankreascyste 26 (*Seefisch*), 342 (*Greisch*).
Pankreasexstirpation 95 (*Franke*).
Pankreasgeschwülste 560 (*Starck*).
Pankreaskrebs 880 (*Grandmaison*).
Pankreasleiden 751 (*Subbotič, Seefisch*).
Pankreasverletzung 1024 (*Ninni*).
Pankreatitis 56 (*Bryant*), 332 (*Hahn*), 743 (*Lund*), 1013 (*Robson*).
Paraffineinspritzungen 512 (*Pfannenstiel*).
Paraplegie bei Pott'schem Buckel 829 (*Touche*).
Parasiten im Krebs 812 (*Gaylord*), 814 (*Schueller*), 817 (*Adami*).
Parotis, Tuberkulose der 1043 (*Lecène*).
Patellarfrakturen 4* (*Wiener*), 32 (*Wegner*).
Pathologie der Samenblasen 1090 (*Duhot*).
Pathologische Anatomie 41 (*Chiari*).
Pemphigus chronicus 980 (*Grouven*).
Peniscarcinom 558 (*Pupovac*).
Penisplastik 411 (*Reich*).
Perforation des Darmes 592 (*Berg*).
Perforationsperitonitis 1207 (*Brunotte*).
Perichondritis 1044 (*Ardenne*).
Perihepatitis 340 (*Franke*).
Perikarditis 440 (*Reichard*).
—— eitrige 821 (*Porter*).
Perimetrie der Gelenke 838 (*Hübscher*).
Perimetrische Buckelmessung 1049* (*Deutschländer*).
Peritonealtamponade 79 (*Samter*).
Peritonisation bei der Laparotomie 586 (*Quénu, Judet*).
Peritonitis 118 (*Petrow*), 603 (*Broca, Grossmann*), 675 (*Langenbuch*), 732 (*Lennander*), 734 (*Loison*).
—— nach Appendicitis 781 (*Merkens*).
—— diffuse supp. 973 (*Malthe*).
—— nach Pleuritis 1036 (*Burckhardt*).
—— pseudomyxomatosa 871 (*Weber*).
—— tuberculosa 41 (*Löhlein*), 687 (*Lauper*).
—— typhosa 371 (*Shattuck, Warren, Cobb*).
—— bei Typhus 949 (*Moser*).
Perityphlitis 43, 84 (*Rotter*), 85 (*Mühsam*), 434 (*Zoege von Manteuffel*), 592 (*Körte*), 746 (*Brutzer*).
Periurethritis 1215 (*Boisson*).
Perlmutterdrechsler, Knochenentzündung der 807 (*Gömöry*).
Peroneussehnenluxation 33* (*Reerink*).
Pes valgus 1071 (*Le Dentu*).
Pflasterbinden, elastische 649 (*Gerson*).
Pfortaderobliteration 951 (*Umber*).
Phimosenoperation 658* (*Schloffer*).
Phlebitis nodularis necrotisans 994 (*Philippsohn*).
Phlegmone ligneux 428 (*Martinoff*).
—— periösophageale 68 (*v. Hacker*).
—— weiße 722 (*Galin, Titow*).
Phosphatstein in der Niere 71 (*Levi-Dorn*), 72 (*Levy*).
Phosphornekrose 918 (*v. Stubenrauch*).
Phototherapie 569 (*François*, 570 (*Minin*).
Pikrinsäurevergiftung 650 (*Achard, Clerc*).
Pilzkrankheiten 644 (*Pignot*).
Pityriasis rubra 485 (*Doutrelepont*).
Plastik an Glied und Hodensack 97 (*Bessel-Hagen*).
—— an der Hand 149 (*Schroeder*).
—— am Penis 411 (*Reich*).
Plattfuß 967, 1070 (*Franke*).
Pleura-Echinococcus 183 (*v. Bokay, Cary, Lyon*).
Pleuraempyem 1048 (*Perthes*).
Plexus brachialis, Lähmungen des 667 (*Duval, Guillain*).
—— Nervennaht am 1150 (*Codivilla*).
—— lumbalis, Nervenerkrankung im 656 (*Hartmann*).
Pneumatocele cranii 359 (*Malapert, Gobillot*).
Pneumatosis cystoides intestinorum hominis 427* (*Miwa*).
Pneumokokken 932 (*Neufeld*).
Pneumonie und Laparotomie 74 (*Henle*).
Pneumotomie 317 (*Koch*), 1195 (*Garrè*).
Polycystische Niere 1000 (*Mohr*).
Pott'sche Krankheit 1168 (*Phelps*).
Pott'scher Buckel 182 (*Dwight*).
Präparatedemonstration 384 (*Riese*).
Processus vermiformis, Topographie des 681* (*Müller*).
Proctitis haemorrhagica 536 (*Stierlin*).
Prolaps eines Diverticulum ilei 1193* (*Herbing*).

Prostathypertrophie 68 (*Keyes*, 69 (*Legueu*), 70 (*Pousson*), 83 (*v. Frisch, Legueu*), 98 (*Goldmann*), 302 (*Kreisel*), 411 (*Wood*), 645 (*Bissel, Bangs, Haydem*), 646 (*Posner*), 652 (*de la Harpe*), 986 (*Ciechanowski*), 987 (*Freudenberg, Schlagintweit*).
Prostata-Incisor 68 (*Newmann*).
Prostataoperation nach Bottini 555 (*König*).
Prostataresektion 207 (*Desnos*).
Protatasteine 646 (*Pasteau*).
Prostatatuberkulose 652 (*Müller*).
Prostatektomie 147 (*Clarke*), 997 (*Violet*).
Prostatitis 1302 (*Richter*).
—— genorrhoische 645 (*Schlagintweit*).
Prothese, subkutane 134 (*Gersuny*).
Pseudarthrose 657* (*Colley*).
—— des Nagelgliedes 250* (*Müller*).
Pseudomyxom des Bauchfells 42 (*Eiger*).
Pseudomyxoma peritonei 865 (*Fränkel*).
Pseudorheumatismus 560 (*Maillard*).
Pseudovaginitis capitis longi bicipitis 309 (*Goldflam*).
Pseudoxanthom 263 (*Bodin*).
Psoasabscess 802 (*Lovelt*).
Psychopathie bei Ohrleiden 1299 (*Toretta*).
Psychosen nach Operationen 551 (*Grekow*).
Pulververbrennungen der Haut 293 (*Smith*).
Pyelitis 1095 (*Comba*).
Pylorektomie 336 (*Barker*), 787 (*Stieda*).
Pyloroplastik 139 (*Bidwell*).
Pyloruskrampf 534 (*Brunner*).
Pylorusmyom 1118 (*Caminiti*).
Pylorusstenose 25 (*Neumann*), 53 (*Jacobs, Berglund*), 54 (*Sorge*), 432 (*Birstein*), 1103 (*Gherardi*).
—— angeborene 119 (*Monnier*).
Pyonephrose 318 (*Lennander*), 414 (*Skala*).
Pyopneumothorax subphrenicus 746 (*Umber*).

Quadricepssehne, Zerreißung der, 753 (*Poirier, Vulpius*).
Quecksilberbehandlung 69 (*Werler*), 70 (*Welander, Krenkel, Fessel*).
Quecksilberpräparate, Idiosynkrasie gegen 481 (*Schulze, Stark*).

Rachen, Krankheiten des 717 (*Escat*).
—— —— Geschichte der 918 (*Chauveau*).
Rachenhöhle, operative Wege in die 430 (*Prokunin*).
Rachenphlegmone 1034 (*Grünwald*).
Rachitische Verkrümmungen 574 (*Griesel*).
Radialislähmung, Heilung von, durch Sehnenplastik 475* (*B. Gönczi v. Biste*).
Radikalbehandlung der Leistenbrüche 372 (*Vanverts*).
Radikaloperation bei Appendicitis 434 (*Wreden*).
—— großer Bauchwandbrüche 345* (*Salistscheff*).
—— von Brüchen 533 (*Remedi*).
—— von Hernien 522 (*Wells*), 523 (*Galeazzi*), 881* (*Francisco*).
Radikaloperation der Hydrocele 1140* (*Lauenstein*).
—— des Leistenbruches 697 (*Fracassini*).
Radikaloperationen von Hernien 433 (*Skliffassowski*).
—— von Leistenbrüchen 109 (*Galeazzi*).
Radius, Sarkom des 320 (*Eve*).
Radiusbruch 472 (*Beck*).
Radiusdefekt am oberen Ende 1066 (*Apraillé*).
Rauschbrand 396 (*Schattenfroh, Grassberger*).
Real-Encyklopädie 1121 (*Eulenburg*).
Referat und Kritik 241* (*F. König*).
Renthiersehnen, Nähte aus 429 (*Serenin*).
Renthiersehnenfäden 103 (*Schiller*), 819 (*Greife*).
Resektion der fetten Bauchdecke 871 (*Peters, Bullit*).
—— der Blase 999 (*Zuckerkandl*).
—— des Coecum nach Appendicitis 1252 (*Sonnenburg*).
—— des Ellbogens *137* (*Wolff*), 205 (*Bettmann*).
—— des Femur 380 (*Körte*).
—— des Ganglion Gasseri 1040, 1060 (*Ssapeshko*),
—— des Halssympathicus bei Epilepsie 1015* (*Mariani*).
—— des Humerusknochens *136* (*Rotter*).
—— der Leber 703 (*Filippini*), 879 (*Chapot-Prévost*).
—— der Luftröhre 1187 (*Frankenberger*).
—— der Lungen *65* (*Heidenhain*).
—— des Magens *94*, 1118 (*Kelling*), 1119 (*Franke*).
—— des Mastdarmes 530 (*Levy, Stiassny*).
—— des N. med. 149 (*Péreire, Mally*).
—— —— sympathicus *56* (*Braun*).
—— von Nierengewebe 72 (*Dolgow*).
—— des Oberkiefers 616 (*Schlatter*).
—— der Prostata 207 (*Desnos*).
—— des Sympathicus 146 (*Burghard*), 665 (*Ziehe, Axenfeld*).
—— des Unterkiefers 439 (*Berndt*).
—— der V. saphena 584 (*Herz*).
Resektionen 363 (*Guidone*).
—— subperiostale 1128 (*Ollier*).
Resorcin bei Hautkrebs 485 (*Williams*).
Retentionsgeschwülste d. Niere 78 (*Küster*), 79 (*C. Fenger, Bazy*), 80 (*Albarran*).
Retrograde Sondirung 518 (*Elter*).
Retroperitonealcyste 1096 (*Elter*).
Retroperitoneales Lipom 752 (*Lexer*).
Retropharyngealabscess 628 (*Goodale*).
Revolverschuss im Warzenfortsatze 509 (*Hassler*).
Rheumatische Knoten 722 (*Weill, Galavardin*).
Rhinoplastik *54* (*Küster*), 498 (*Steinthal*), 1042 (*Payr*).
Rhinosklerom 916 (*v. Marschalko*).
Riesenwuchs 581 (*Grünfeld*).
Riesenzellen 811 (*Buxton*).
—— bei Epitheliomen 615 (*Audry*),

Riesenzellensarkom 995 (*Delbanco*).
Rippenbrüche, spontane 1188 (*Chelmoński*).
Rippenenchondrome 629 (*v. Brackel*).
Rissbrüche des Fersenhöckers 680 (*Helbing*).
Röntgenaufnahmen 839 (*Küttner*).
Röntgenbestrahlung 839 (*Freund*).
Röntgeninstrumentarium 1248 (*Albers-Schönberg*).
Röntgenphotographien 298* (*Ludloff*).
Röntgenstrahlen *9* (*Levy-Dorn*).
—— bei Hautkrebs 485 (*Stenbeck*).
—— gegen Krebs 1092 (*Chamberlain*).
Röntgentherapie 848 (*Schiff*), 853 (*Sjögren, Sederholm*).
Rotz, akuter 824 (*Koch*).
Rückenmarksanästhesie *23* (*Bier*), 66 (*Engelmann*).
Rückenmarkscocainisirung 163 (*Tuffier*), 164 (*Golebski*), 586 (*Lecrenier*).
Rückenmarksdurchtrennung, Sehnenflexe bei 984 (*Kausch*).
Rückenmarkserkrankungen, traumatische 502 (*Hartmann*).
Rückenmarksgeschwülste 511 (*Starr*), 1045 (*Krause*).
Rückenmarksläsion, Mageneektasie bei 970 (*Kausch*).
Rückenmarksnaht 362 (*Guidone*).
Rückenmarksstichverletzung 1300 (*Reimann*).
Rückenmarksyphilis 627 (*Caziot*).
Rückenmarkstrauma 1300 (*Bassères*).
Rückenmarkstumor 1250 (*Oppenheim*).
Rückenmarkstumoren 1178 (*Schede*).

Sacralafter 877 (*Payr*).
Sacralgeschwülste 410 (*Linser*).
Sängerknötchen 923 (*Chiari*).
Säuresekretion des Magens 45 (*Talma*).
Samenblase, Erkrankung der 991 (*Chute, O'Neil*).
—— Pathologie der 1090 (*Duhot*).
Samenblasenentfernung 558 (*Carson*).
Samenblasenexstirpation 200 (*Young*), 991 (*Baudet, Duval*).
Samenstrang-Fibrosarkom 952 (*Pantaloni*).
Samenstrangverletzungen 1090 (*Marraosini*).
Sanduhrmagen 388 (*Watson*), 690 (*Moynihan*).
Sanitätsbericht 1262 (*Krosta*).
Sarkoide Geschwülste d. Haut 982 (*Fendt*).
Sarcoma multiplex haemorrhagicum 982 (*Sellei*).
Sarkom des Darmes 700 (*Fisher*).
—— des Dünndarmes 962 (*Libmann*), 1106 (*Rheinwaldt*)
—— des Femur 380 (*Körte*).
—— des Gehirns 723 (*Clarke, Lansdown*).
—— der Leber 56 (*Ford*).
—— der bronchialen Lymphdrüsen 727 (*Schlagenhaufer*).
—— des Magens 447 (*Fenwik*), 698 (*Arnold*), 962 (*Mintz*).
Sarkom des Radius 320 (*Eve*).
—— der Schilddrüse 628 (*Cheever*), 1202 (*Lartigau*).
—— der Speiseröhre 17 (*Starck*).
—— der Wirbel 579 (*Sick*).
Sarkombehandlung 1201 (*Beck*).
Sarkome 262 (*Dubreuilh, Venot, v. Maček*).
Sauerstoff-Chloroformnarkose, neue *20* (*Wohlgemuth*).
Schädelbasisbrüche 915 (*Quénu, Tesson*).
Schädelbruch 1181 (*Poirier*).
Schädeldefekte 841 (*Grekow*).
—— Verschluss des 508 (*Büdinger*).
Schädeldefekten, Deckung von 257 (*Mertens*).
Schädel-Hirnschüsse 292 (*Krönlein*).
Schädelhyperostose 1182 (*Schiller*).
Schädeloperationen 405* (*Payr*).
Schädelschüsse *36* (*Beyer*), 495 (*Tilmann*), 1182 (*Mauclaire, Matthiolius*).
Schädelverletzung 382 (*Horneffer*), 621 (*Froidbise*), 622 (*Bertelsmann*) 1290 (*Caminiti*).
Schanker der Conjunctiva 479 (*Vignes*).
Schankerbacillus 1213 (*Besançon, Griffon, le Sourd*).
Scheidenoperationen 547 (*d'Herbécourt*).
Schenkelbrüche und Bauchbrüche 433 (*Lyssenkoff*).
Schenkelsporn 310 (*Solger*).
Schiefhals 403 (*Linser*).
—— Behandlung des 1176 (*Lorenz*).
Schilddrüsen-Cystadenom 1046 (*Smoler*).
Schilddrüsenfieber 985 (*Lanz*).
Schilddrüsenfunktion 864 (*Sultan*).
Schilddrüsengewebe, Metastasen von 1262 (*Oderfeld, Steinhaus*).
Schilddrüsensarkom 628 (*Cheever*), 1202 (*Lartigau*).
Schildknorpelerkrankung 1044 (*Ardenne*).
Schläfenbeines, Anatomie des 1161 (*Stanculéanu, Depoutre*).
Schleich'sche Anästhesie 869 (*Hammer*).
Schlüsselbeinbrüche, Gefäßrisse bei 1149 (*Gallois, Piollet*).
Schlüsselbeindefekt, angebor. 180 (*Wulff*).
Schlüsselbeinverrenkung 1254 (*Delattre*).
Schnellender Finger 966 (*Tilmann*), 1067 (*Schilling*).
Schrägbrüche des Unterschenkels 379* (*Kolaczeck*).
Schulterblatthochstand *134* (*Kayser*), 677 (*Rager*).
Schulterblätter, Vernähung der 799 (*Ehrhardt*).
Schultern, hängende 308 (*Müller*).
Schulterluxation, habituelle *136* (*Hildebrand*).
Schulterverrenkung *135* (*Hofmeister*), *136* (*Hildebrand*), 308 (*Schoch*), 381 (*Körte*), 686 (*Legueu*), 800 (*Hofmeister*), 1254 (*Delattre*).
Schussverletzungen *26* (*Schjerning*), *28* (*Krönlein*), *29* (*Ringel*), 269 (*Köhler*), 290 (*Henne*), 662 (*Mohr*), 677 (*Sthamer*).

Schusswunde in den Unterleib 1114 (*Vincent*).
Schusswunden 274 (*Nimier*, *Laval*), 1262 (*Modlinski*).
Schutzverbände 398 (*Sender*).
Sclerodermia circumscripta 992 (*Zarubin*).
Scoliosis ischiadica 1055 (*Krahulik*).
—— traumatica 203 (*Riedinger*).
Sectio alta 436 (*Losin*), 633* (*Bălăcescu*).
Seelenstörungen, postoperative 399 (*Engelhardt*).
Sehnen- u. Nervennaht 1007 (*Lotheissen*).
Sehnenplastik 1147 (*Hoffa*), 1255 (*Bouglé*).
—— Heilung von Radialislähmung durch 475* (*B. Gönczy v. Biste*).
Sehnenreflexe bei Rückenmarksdurchtrennung 984 (*Kausch*).
Sehnenriss 582 (*Lessing*).
Sehnenscheidenphlegmone bei Fingeramputationen 1001* (*Lauenstein*).
Sehnentransplantation 580 (*Vegas*, *Aguilas*).
Sehnenüberpflanzung 667 (*Kneik*).
Sehnenverdickung, traumatische 976 (*Schloffer*).
Sehnenverpflanzung 1172 (*Lange*).
Sehnenzerreißung 572 (*Kirchmayr*).
Seidenkatheter, Sterilisiren der 63* (*Hermann*).
Senkungsabscesse bei Wirbelcaries 403 (*Tuddy*).
Septische Krankheiten 1251 (*Canon*).
Serratuslähmung 203 (*Thiem*).
Serum 932 (*Schütze*, *Scheller*).
—— gegen Krebs 615 (*Dor*).
Serumtherapie bei Osteomyelitis 807 (*Shusslow*).
Sesambein am Knie 20 (*Wildt*).
—— i. M. gastrocnemius 1241 (*Hellendall*).
Sinus durae matris, Verletzungen der 842 (*Luys*).
—— sigmoideus, Thrombose 1184 (*Hölscher*).
Sinusitis sphenoidalis 437 (*Toubert*), 1043 (*Furet*).
Sinusthrombose, otitische 1299 (*Alt*).
—— septische 855 (*Bloch*).
Skiaskopie 318 (*Bouglé*), 571 (*Lambertz*, *Walter*).
—— der Gallensteine 72 (*Beck*).
—— bei Knochenbrüchen 349 (*Tuffier*).
—— und Lungenchirurgie 1188 (*Tuffier*).
—— der Nierensteine 71 *Albers-Schönberg*, *Lauenstein*, *Wagner*).
Sklerodermie 673 (*Wulff*).
Sklerom 423 (*Navratil*), 1041 (*Vymola*).
—— der Luftröhre 1186 (*v. Schrötter*).
Sklerodaktylie 645 (*Ehlers*).
Skolekoiditis 1269 (*Herman*).
Skolikoidektomie 1028* (*Herman*).
Skoliose 172 (*Port*), 173 (*Vulpius*, *Schanz*), 265* (*Bade*), 403 (*Hüssy*), 504 (*Zuppinger*), 719 (*Grünbaum*, *Deutschländer*), 1169 (*Saquet*, *Schanz*), 1177 (*Bade*).
—— angeborene 1065 (*Codivilla*).
—— bei Ischias 408 (*Seiffer*).
Skoliose eines Schweines 627 (*Schulthess*).
Skoliosenbildung 1054 (*Schanz*).
Spaltbildung im mittleren Stirnfortsatz 28 (*Schmidt*).
Spaltung der Nieren 1087 (*Lennander*).
Speichelfistel 170 (*Dejardin*, *Gulikers*).
Speiseröhre, Fremdkörper in der 233 (*v. Hacker*), 1111 (*Wilms*).
—— Gebiss in der 462 (*Bertelsmann*).
Speiseröhrencysten 953 (*Petrow*).
Speiseröhrendivertikel 13 (*Starck*).
Speiseröhrenerkrankung 1205 (*Benecke*, *Mayr*, *Dehler*).
Speiseröhrengeschwülste 326 (*Starck*).
Speiseröhrenleiden 744 (*Schütz*, *Quadflieg*), 745 (*Tauton*).
Speiseröhrenpolyp 532 (*Lennander*).
Speiseröhrensarkom 17 (*Starck*).
Speiseröhrenstenose 232 (*Llobet*, *Seldowitsch*).
Speiseröhrenstrikturen 326 (*Alapy*).
Speiseröhren- und Magenbesichtigung 1197 (*Kelling*).
Speiseröhrenverätzung 870 (*Kolotinski*), 1112 (*Zembozuski*).
Speiseröhrenverengerung 836* (*Henle*), 870 (*Sletow*, *Postnikow*).
Spina bifida 57 (*Katzenstein*), 1024 (*De Rouville*), 575* (*Kellner*), 828 (*Reiner*), 1167 (*Katzenstein*).
Spinalanästhesie 1083 (*Tédeprade*, 1084 (*Chipault*), 711 (*Tuffier*), 712 (*Bernabei*), 860 (*Tuffier*), 861 (*Hahn*).
Spindelhaare 206 (*Buggles*).
Spitalsbericht 552 (*Hinterstoisser*).
Splenektomie 878 (*Harris*, *Herzog*), 1192 (*Nannotti*).
Spondylitis 170 (*Ménard*).
—— deformans 1044 (*Kudrjaschoff*).
—— tuberculosa 829 (*Mauclaire*).
—— typhosa 728 (*Kühn*).
Spontangangrän 551 (*Wulff*, *Matanowitsch*).
Spontanluxationen im Hüftgelenk 1243 (*Graff*).
Sprachstörungen bei Otitis 1162 (*Merkens*).
Staphylotoxin 1286 (*Neisser*, *Wechsberg*).
Statistik des Skellets 1054 (*Ghillini*, *Canevazzi*).
Stauungsblutungen 28 (*Neck*).
Steinniere 1230 (*Dessirier*, *Legrand*).
Steinoperationen 143 (*Freyer*).
Steinrecidiv 88 (*Thorn*).
Stenose der Speiseröhre 232 (*Llobet*, *Seldowitsch*).
Stenosenbehandlung 174 (*Donati*).
Sterilisation der Hände 568 (*Delbet*).
Sterilisiren der Seidenkatheter 63* (*Herman*).
Stichverletzung d. Blase 1217 (*Weischer*).
—— d. Zwerchfelles, d. Milz 381 (*Körte*).
Stichverletzungen 1206 (*Schlatter*, *Wilms*).
Stirnhirn, Geschwülste im 843 (*Höniger*).
—— Verletzungen des 969 (*Wendel*).

Stirn- und Kieferhöhlenerkrankungen 12 (*Lipowski*).
Streptokokkenerkrankung 828 (*Huber*).
Streptokokkenserumtherapie 818 (*Tavel, Krumbein*).
Strikturen 197 (*Fort*).
—— des Mastdarms 140 (*Wallis*).
—— der Speiseröhre 326 (*Alapy*).
Struma maligna 174 (*Hahn*).
Strumitis 727 (*Schlender*).
Stumpfbildung bei Amputationen 796 (*Vanghetti, Beely*).
Stummheit 509 (*Lannois, Lévy*).
Subdurale Abscesse 724 (*Molinié*).
Subepiderme Cyste 206 (*Andry*).
Subphrenischer Abscess 1116 (*Weber*).
Suburethraler Stein 88 (*Cathelin*).
Sympathicusresektion 146 (*Burghard*), 665 (*Ziehe, Axenfeld*).
Syndaktylie 1057 (*Jeanbran*).
Synovia, Ursprung der 838 (*Bianchi*).
Syphilis 466 (*Andry*), 480 (*Nobl*), 643 (*Borzecki, Melis*), 910 (*Hügel, Holzhäuser, Boegehold*), 911 (*Marcou, Fischenich*), 912 (*Juliusberg*), 913 (*Welander, Möller*), 914 (*Allgeyer*), 927 (*Pospelow*), 1214 (*Klotz, Fournier, Bulkley*), 1226 (*Zeisler, Gaucher, Coyon*).
—— hereditaria tarda 1062 (*Wieting*).
—— und Kehlkopfpapillom 481 (*de la Combe*).
—— des Rückenmarkes 627 (*Caziot*).
Syringocystom 467 (*Neumann*).
Syringomyelie 579 (*Mertens*).
—— Gelenkerkrankungen bei 974 (*Halbandoff, Soliwoff*).

Talgdrüsen in der Mundschleimhaut 918 (*Heuss*).
Tendinitis prolifera calcarea 488 (*Beck*).
Tetanolysin 1288 (*Madson*).
Tetanus 406 (*Long*), 552 (*Villiger*), 569 (*Wilms*), 640 (*Moschowitz*), 650 (*Bissel*), 859 (*Stezkewitsch*), 870 (*Adrian*), 1004 (*Ransom*), 1091 (*v. Leyden*), 1181 (*Dehler*).
—— nach Gelatineinjektionen 1171 (*Kuhn*).
Thermalbehandlung 205 (*Thiem*).
Thoraco-Xiphopag 464 (*Prévost*).
Thrombophlebitis, Behandlung otitischer 844 (*Vidal*).
Thrombose des Sinus sigmoideus 1184 (*Hölscher*).
Thyreoidin bei verzögerter Callusbildung 363 (*Tronchet*).
—— bei Knochenbruch 407 (*Tronchet*).
Thyreoiditis 870 (*Casassa*).
Tod in Schleich'scher Narkose 28 (*Stone*).
Tonsillitis chronica 181 (*Ebstein*).
Tonsillotomiebelag 502 (*Harmer*).
Topographische Anatomie 708 (*Zuckerkandl*).
Topographischer Atlas der med.-chir. Diagnostik 884 (*Ponfick*).
Torsion des Hydrosalpinx 947 (*Cathelin*).
Torticollis 831 (*Scheiber*).
Totalresektion des Humerus 1065 (*Guinard, Gardner*).
Trachealknorpeldefekt 1110* (*Grosse*).
Tracheotomie, Blutungen nach 820 (*Engelhardt*).
Transformation der Knochen 711 (*Wolff*).
Transfusion und Venaesektion 1124 (*Beddard*).
Transplantation 1174 (*Vogel, Kuhn*).
—— des Harnleiters 1089 (*Jachontow*).
—— der Kniescheibe 151 (*Senn*).
—— Tüll bei der 613* (*Kuhn*).
Trauma und bösartige Geschwülste 1266 (*Ruff*).
—— und Epilepsie 256 (*Mendel*).
—— und Gallenblasenerkrankungen 1263 (*Kampmann*).
—— und Gelenktuberkulose 8 (*Honsell*).
—— -Geschwulstbildung u. Tuberkulose nach 1141 (*Jordan*).
—— und Rheumatismus 100 (*Kissinger*).
Traumatische Darmverengerungen 787 (*Schloffer*).
—— Rückenmarkserkrankungen 502 (*Hartmann*).
—— Spätapoplexie 1037 (*Kolben*).
Traumen der Gelenke 1130 (*van Hassel*).
—— der männlichen Harnröhre 197 (*Wasiliew*).
Trepanation 508 (*van Walsem, Babinsky*), 1038 (*Péraire*), 1291 (*Demoor*).
—— des Warzenfortsatzes 509 (*Moure, Lafarelle*).
Tricepssehne, Ganglienbildung in der 136 (*Borchardt*).
Trichophyten des Bartes 644 (*Bodin*).
Trichorrhexis nodosa 993 (*Beck*).
Trichosis lumbalis 575* (*Kellner*).
Trichterbrust 426 (*Chlumský*).
Trigeminus und Auge 258 (*Gaglio*).
Trigeminusresektion, intracranielle 48 (*Krause*).
Tripper 1212 (*Kuttner*).
Tripperinfektion 940 (*Dalton*).
Tripperrheumatismus 940 (*Leistikow*).
Tubenhernien 533 (*Odisio*).
Tub. maj. humeri, Bruch des 965 (*Wohlgemuth*).
Tuberkelbacillen 128 (*Jones*).
—— und Sporenfärbung 1285 (*Müller*).
Tuberkulose des Bauchfelles 327 (*Oehler, Martens*), 587 *Borchgrevink*), 782 (*Rose*), 783 (*Borchgrevink*).
—— der Blase 652 (*Bousson, Barlow*).
—— der Brustdrüsen 830 (*Michailow*).
—— des Darmes 337 (*Sörensen*, *Hügel*), 699 (*Sörensen*).
—— des Dünndarms 25 (*Sörensen*).
—— des Gehirns 624 (*Spillmann, Nilus*).
—— der Gekrösdrüsen 408 (*Elliot, Richardson*).
—— der Geschlechtsorgane 773 (*Woskressenski*).
—— der Halsdrüsen 1166 (*Harnett*).
—— des Handgelenks 573 (*Mundell*).

Tuberkulose der Harnwege 81 (*Saxtorph, Hogge*).
—— der Haut 257 (*Ceccherelli*).
—— Hetol gegen 661 (*Landerer*).
—— des Hodens 73 (*Mauclaire*, 74 (*Moschkowitz*), 117 (*Baumgarten*), 119 (*v. Bruns*), 121 (*v. Büngner*), 124 (*Payr*), 125 (*Simon, König*).
—— des Kehlkopfs 1186 (*Cybulski*).
—— der Knochen 129 (*Apert*), 807 (*Faliocchio*), 974 (*Kirschner*).
—— im Leistenbruch 1116 (*Justian*), 1117 (*Albertin*).
—— der Lymphdrüsen 1017 (*Finkelstein*).
—— der Nase 168 (*Steward*).
—— der Nasenschleimhaut 1163 (*Hinsberg*).
—— der Nieren 653 (*Viannay, Bouglé, Simon*), 1088 (*Legueu*).
—— der Parotis 1043 (*Lecène*).
—— der Prostata 652 (*Möller*).
—— nach Trauma 1141 (*Jordan*).
—— der Wirbelsäule 829 (*Mauclaire*).
—— Zimmtsäure bei 1084 (*Wolff*).
Tuberkulosebehandlung 229 (*Niehues*).
Tuberkulöse Bursitis 150 (*Fagge*).
—— Hüftentzündung 802 (*Ludloff*).
—— Peritonitis 41 (*Löhlein*).
Tuberkulöses Geschwür am Penis 996 (*Tschlenoff*).
Tumor und Abscess des Mesenteriums 1254 (*Hermes*).
Tumoren der Rückenmarkssäule 1178 (*Schede*).
Typhöse Darmperforation 46 (*Manger*).

Ulcus cruris, Fascienverknöcherung bei 315 (*Wegner*).
—— duodeni 27 (*Hahn*).
—— molle 642 (*Zydłowicz*).
Unfall und Epilepsie 201 (*Bühr*).
Unfallversicherungsgesetz 202 (*Schäffer*).
Unterbindung der Aorta 149 (*Körte*).
—— —— abdominalis 925 (*Tillaux, Riche*).
—— der Jugularvene 714 (*Firth*).
—— der Kranzarterien 1268 (*Wehr*).
—— der Nierengefäße 304 (*Giani*).
—— der V. jug. int. 264 (*Linser*), 360 (*Kummer*).
—— —— saphena 32 (*Grzes*).
Unterkieferankylose 439 (*Schmidt*).
Unterkieferfrakturen 1260* (*Wieting*).
Unterkieferresektion 439 (*Berndt*).
Unterkieferverrenkung, irreponible 369* (*Kramer*).
Unterleibsbrüche 958 (*Sultan*).
Unterleibstyphus, chirurgische Eingriffe bei 1009 (*Mac Lagan*).
Unterlippenkrebs 921 (*Stieda*).
Unterschenkelbruch 1062 (*Griesel*).
Unterschenkenlbruches, Behandlung des schrägen 123* (*Wolff*).
Unterschenkelbrüche 379* (*Kolaczek*), 1256 (*Einhorn*).
Unterschenkelgeschwüre 137 (*Mariani*), 357 (*Köhler*), 671 (*Schlück*).
Unterschenkelvaricen, thrombosirte 905* (*Kramer*).
Untersuchung des Mastdarmes 1108 (*Ebstein*).
Uranoplastik 55 (*v. Eiselsberg*), 716 (*Wolff*).
Ureterenkatheterismus 332* (*Fedoroff*).
Ureterennaht 296 (*d'Antona*).
Uretritis membranacea 414 (*Whiete*).
Ureteroheteroplastik 304 (*d' Urso, de Fabii*).
Ureterocystanastomose 652 (*Richardson*).
Uretero-Uretrostomie 401 (*Boari*).
Ureterverletzung 121* (*v. Gubaroff*).
Urethro-Genital-Tuberkulose 81 (*Hogge*).
Urethro-Kalibro-Dynamometer 996 (*Vajda*).
Urethroskopie 554 (*Kullmann, Wassidlo, Nicolai*).
Urethrotomia int. 301 (*Goldberg*), 544 (*Zembrzuski*).
Urmund, persistirender 409 (*Marwedel*).
Urologische Beiträge 67 (*Preindlsberger*).
Urotropin 544 (*Orlowski*).
Urticaria 650 (*Achard*).
Uterusmyome 76 (*Nedler*).

Varicen 350 (*Thorburn*).
—— der Unterextremitäten 1140 (*Remedi*).
Varicocele 200 (*Tuffier*), 648 (*Parona*), 771 (*Bennet*).
Vaseline 862 (*Delangre*).
Varix im Scheitelbein 1037 (*Wiesinger*).
—— der V. saphena 150 (*Loos*).
V. basilica 135 (*Carle*).
—— saphena, Resektion der 584 (*Herz*).
Venennaht 863 (*Clermont*).
Venenthrombose 542 (*Jakowski*).
Verätzung d. Speiseröhre 870 (*Kolotinski*), 1112 (*Zembrzuski*).
Verätzungsstriktur des Ösophagus 1253 (*Sonnenburg*).
Verbandlehre 639 (*van Eden*).
Verbandtechnik 639 (*Hofmeister*).
Vereinigung der Chirurgen Berlins 20, 176, 313, 380, 672, 822, 1250.
Vereinslazareth des rothen Kreuzes in China 900 (*Küttner*).
Verengerungen der Harnröhre 84 (*Harrison*), 85 (*Heresco, Albarran*).
Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen 1* (*Kaefer*).
Verletzung des Schädels 621 (*Froidbise*), 622 (*Bertelsmann*).
—— der V. fem. com. 668 (*Fraenkel*).
Verletzungen der Milz 877 (*Krjnkow*).
—— des N. vagus 355 (*Dalla Vecchia*).
—— der Sinus durae matris 842 (*Luys*).
Verrenkung von Carpalknochen 1057 (*Eigenbrodt*).
—— des Daumens 582 (*Brod*).
—— des Ellbogens 309 (*Luksch*), 801 (*Honzak*), 1151 (*Eversmann*).
—— der Hand 975 (*Wiesner*).
—— von Handwurzelknochen 487 (*Tiplady, Sheldon, Staffel*).

Verrenkung der Hüfte 310 (*Höflinger*).
—— des Kahnbeins 202 (*Thiem*), 1071 (*Durand*).
—— des Kiefers *56* (*Hildebrand*).
—— im Knie 367 (*Eames*).
—— der Kniescheibe 670 (*Friedländer*), 1255 (*Borchard*).
—— des Mittelfußes 1256 (*Quenu*).
—— willkürliche des Oberarms 1243 (*Riedinger*).
—— des Radius 1066 (*Ambard*).
—— des Schlüsselbeins 1254 (*Delattre*).
—— der Schulter *135* (*Hofmeister*), *136* (*Hildebrand*), 308 (*Scoch*), 668 (*Legueu*), 800 (*Hofmeister*), 1254 (*Delattre*).
—— des Unterkiefers, irreponible 369* (*Kramer*).
—— des Vorderarms *137* (*Sudeck*).
Verrenkungen 98 (*Helferich*), 486 (*Thöle*).
—— von Fingern 1239 (*Oberst*).
—— der Wirbel 260 (*Kreiss*).
Verstümmelung und Langlebigkeit 1209 (*Homans*).
Verwachsungen d. Bauchfelles 1107 (*Cabot*).
Vioform 1159 (*Krecke*).
Virulenzbestimmung der Bakterien 127 (*Marx*, *Woithe*).
Volvulus coeci 434 (*Schiemann*).
—— des Magens 605 (*Wiesinger*).
Vorderarmverrenkung *137* (*Sudeck*).
Vorhautoperation 73 (*Bernheim*).

Wanderniere 87 (*Michon*, *Pasteau*), 414 (*McPherson*, *Payr*), 648 (*Morris*), 989 (*Trekaki*), 1085 (*Roskam*), 1295 (*Goelet*), 1296 (*Edebohls*, *Sturmdorf*).
—— und chronischer Appendicitis 1269 (*Krynski*).
Wangenplastik 61* (*Neugebauer*).
Warzenfortsatz, Revolverschuss im 509 (*Hassler*).
Wasserstoffsuperoxyd 578 (*Moreau*).
Wechselstrom 348 (*Piaget*).
Weisheitszahn 1165 (*Moty*).
Weiße Phlegmone 722 (*Titow*).
Wiederbelebungsversuch nach Prus-Maag 549* (*Aglinzeff*).
Wirbelcaries 403 (*Tubby*).
Wirbelosteomyelitis 510 (*Schmidt*).
Wirbelsarkom 579 (*Sick*).
Wirbelsäule, Verletzungen der 431 (*Solowjoff*).
Wirbelsäulenentzündung 511 (*Hartmann*).
—— ankylosirende 579 (*Bender*).
Wirbelverletzungen 626 (*Schäffer*, *Thomas*).
Wirbelverrenkungen 260 (*Kreiss*).
Wismuthvergiftung 650 (*Mühlig*).
Wucherungen und Myxödem 259 (*Rivière*).
Wundbehandlung *11* (*Fränkel*), *13* (*von Bruns*), *15* (*Honsell*), 955 (*Graser*).
Wunddiphtherie 1148 (*Tavel*).
Wundenreinigung 1093 (*Bramson*).
Wundgranulationen 2 (*Reinbach*).
Wundheilungsprocess 429 (*Rajewski*).
Wundvereinigung 886 (*Bretz*).
Wurmfortsatz, Anatomie des 956 (*Sudsuki*).
—— als Bruchinhalt 792* (*Kölliker*).
—— Exstirpation des 777* (*Jaffé*).
—— Geschwülste des 338 (*Kelly*).
Wuth 99 (*Van Gehuchten*).

Zahn im Sinus maxillaris 438 (*Liaras*).
Zehenmissbildung 1071 (*Jouon*).
Zerreißung von Gelenkbändern 1129 (*v. Hintz*).
—— des Kniescheibenbandes 357 (*Blauel*).
Zimmtsäure bei Tuberkulose 229 (*Niehues*), 1084 (*Wolff*).
Zungenabscess 928 (*Radzich*).
Zungenendotheliom 928 (*v. Kryger*).
Zwerchfellbruch, traumat. 385 (*Walker*).
Zwerchfelloperationen 1025* (*Kelling*).

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. Sonnabend, den 5. Januar. **1901.**

Inhalt: I. **N. Kaefer**, Zur Behandlung der Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen. — II. **A. Wiener**, Zur Behandlung der Patellarfrakturen. (Original-Mittheilungen.)

1) **Eisen**, Cancriamoeba macroglossa. — 2) **Wolff**, Knochenarchitektur. — 3) **Sudeck**, Altersatrophie und Inaktivitätsatrophie der Knochen. — 4) **Honsell**, Trauma und Gelenktuberkulose. — 5) **Hartmann**, Gelenkeiterung. — 6) **Fischer**, Osteomyelitis traumatica purulenta cranii. — 7) **Lorenz**, Mikrognathie. — 8) **Lipowski**, Erkrankungen der Stirn- und Kieferhöhlen. — 9) **Most**, Lymphgefäßapparat von Kehlkopf und Luftröhre. — 10) **Starck**, Divertikel der Speiseröhre. — 11) **Starck**, Sarkom der Speiseröhre. — 12) **Dobromysslow**, Transpleurale Ösophagotomie. — 13) **Sampirescu**, Osteoplastische Amputationen. — 14) **Jedličtzer**, **Kratzenstein** und **Scheffer**, Topographische Anatomie der oberen Extremitäten. — 15) **Wildt**, Sesambein auf der Rückseite des Knies.

H. Maag, Ein Versuch der Wiederbelebung (ad modum Prus) eines in Chloroformnarkose gestorbenen Mannes. (Original-Mittheilung.)

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 17) **Stone**, Tod in Schleich'scher Narkose. — 18) **Neck**, Stauungsblutungen. — 19) **Schmidt**, Spaltbildung im mittleren Stirnfortsatz. — 20) **Zimmermann**, Osteom des Sinus frontalis. — 21) **Carle**, Kropfoperationen. — 22) **Payr**, Veraltete Hüftverrenkungen. — 23) **Katzenstein**, Fremdkörper in Gelenken. — 24) **Franz**, Freie Gelenkkörper. — 25) **Wegner**, Kniescheibenbrüche. — 26) **Grzes**, Unterbindung der V. saphena.

I.

Aus dem Krankenhause vom Rothen Kreuz in Odessa.

Zur Behandlung der Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen.

Von

Oberarzt Dr. **N. Kaefer.**

Der häufig vorkommende typische Schrägbruch der Tibia mit gleichzeitiger Fraktur des Wadenbeines bietet der Behandlung besondere Schwierigkeiten, da es nur schwer gelingt, die durch Muskelzug bedingte Verkürzung auszugleichen. Sämmtliche Maßnahmen, welche Behufs Beseitigung dieser Verkürzung üblich sind, scheinen mir ihren Zweck gar nicht oder doch nur unvollkommen zu erreichen.

Als solche Maßnahmen sind mir der Hauptsache nach folgende bekannt.

1) Die exakte Reposition in Narkose und Gipsverband. Abgesehen von den Fällen, wo die Narkose aus irgend einem Grunde kontraindicirt ist, scheint mir diese Methode mit manchen Fehlerquellen behaftet zu sein. Vor Allem ist es keineswegs leicht, die Bruchstücke beim Anlegen des Verbandes in der richtigen Lage zu erhalten; dazu gehört gut geschulte Assistenz, welche nicht immer zur Hand ist. Den ersten Verband bis zur erfolgten Konsolidation liegen zu lassen, ist zum Mindesten sehr riskirt. Nimmt man aber nach 8—10 Tagen eine Kontrolle vor, so dürfte nicht selten eine neue Narkose erforderlich sein, da bei einem Schrägbruche die Neigung zur Dislokation der Bruchenden nicht so bald aufgehoben zu sein pflegt.

2) Die Gewichtsextension, welche besonders in letzter Zeit in Bardenheuer einen eifrigen Fürsprecher gefunden hat. Ich habe dieses Verfahren wiederholt mit unvollkommenem Erfolge angewandt, wobei ich in der Belastung ziemlich weit gegangen bin (15—20 Pfund) und die Vorschrift von Bardenheuer, die Pflasterstreifen weit über die Frakturstelle hinaufreichen zu lassen, erfüllt habe. Ich muss gestehen, dass ich mich zu dieser Behandlungsmethode stets nur mit schwerem Herzen entschließen konnte. Steht sie doch zu der von mir sonst geübten ambulanten Behandlung der Unterschenkelbrüche, mit der ich allen Grund habe zufrieden zu sein, in direktem Widerspruche, ist für den Pat. mit zahlreichen Unbequemlichkeiten verknüpft und giebt zudem, wenigstens in den hier in Betracht kommenden Fällen, keineswegs zufriedenstellende Resultate.

3) Der elastische Zug, wie ihn v. Eiselsberg[1] vorgeschlagen hat. Hierbei handelt es sich um einen kleinen Apparat, welcher an dem cirkulär getrennten Gipsverbande mit Gipsbinden befestigt wird. Nachdem der Verband gut getrocknet ist, werden die hervorragenden hakenförmigen Fortsätze des Apparats mittels eines fest angezogenen Gummirohrs verbunden. Indem der elastische Zug die Haken einander nähert, wird der cirkuläre Spalt des Gipsverbandes verbreitert, d. h. es findet eine Distraktion der Bruchenden statt.

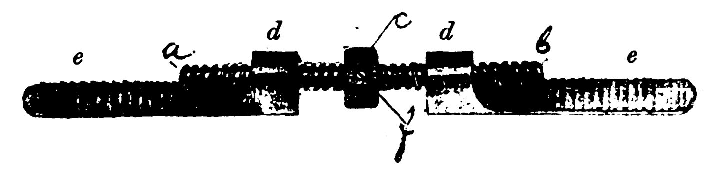
Das Verfahren v. Eiselsberg's diente mir als Vorbild bei der Konstruktion eines kleinen Apparates, welcher mir eine Reihe von Vorzügen sowohl in seiner Konstruktion, als auch in seiner Anwendung zu bieten scheint.

Die Konstruktion meiner Vorrichtung ist aus beifolgender Zeichnung ohne Weiteres verständlich. An Stelle des elastischen Zuges habe ich die links- und rechtssteigende Schraube gewählt, welche meiner Ansicht nach in der Apparatotherapie überhaupt mehr Beachtung verdienen würde.

[1] A. v. Eiselsberg, Zur Therapie der Verkürzung bei Unterschenkelfrakturen. Wiener klinische Wochenschrift 1893, No. 14.



Mein Apparat besteht aus einem runden bleistiftdicken Eisenstab a b, dessen eine Hälfte mit einem rechts-, die andere mit einem linkssteigenden Schraubengewinde versehen ist. Die Mitte des Stabes ist knopfförmig verdickt (c). Die beiden Schraubengewinde laufen in je einer ca. 2 cm langen Schraubenmutter (d), welche beide in 10 cm lange, 1,8 cm breite, an den Flächen grob geraspelte Eisenplatten (e) auslaufen. Der Knopf c ist von einem Bohrloch f durchsetzt.



Dieser einfache Apparat wird in folgender Weise angewandt. Zunächst wird ein cirkulärer, über das Kniegelenk hinaufreichender, nicht zu stark gepolsterter Gipsverband angelegt. Ich lege Gewicht darauf, dass der Verband nicht zu locker angelegt wird und besonders unterhalb der Tuberositas tibiae und oberhalb der Malleolen genügend fest anliegt. Noch bevor der Verband vollkommen erhärtet ist, wird er mit einem scharfen Messer cirkulär durchschnitten, aber nicht entsprechend der Bruchstelle, wie v. Eiselsberg[2] räth, sondern in einiger Entfernung davon. Diese Maßregel erscheint mir zweckmäßig, da bei erfolgender Distraktion die Bruchstelle durch die sie umgebende Gipskaspel besser vor eventueller winkeliger oder seitlicher Abweichung geschützt wird. Nunmehr wird der Apparat seitlich oder vorn so angelegt, dass der Knopf c dem Spalt entspricht; die beiden Flacheisen e werden dann mit kräftig angezogenen Gipsbindentouren fixirt. Am nächsten Morgen kann man die Schraubenwirkung anzuwenden beginnen. Da die eine Schraube eine rechts-, die andere eine linkssteigende ist, so werden bei der Drehung nach der einen Seite die Schraubenmuttern einander genähert, bei umgekehrter Drehung entfernen sie sich von einander. Zur bequemeren Handhabung der Schraube schiebt man einen kleinen Stab in das Bohrloch f. So kann man durch entsprechende Umdrehung des Knopfes c einen mächtigen Zug an den Bruchenden ausüben, was man an dem mehr und mehr sich erweiternden Gipsspalt erkennt. Die Distraktion nimmt man ganz allmählich vor, indem man bei jeder Visite eine ganze, resp. halbe Umdrehung ausführt.

Ich bemerke ganz ausdrücklich, dass es vollkommen überflüssig ist, an beiden Seiten des Verbandes je einen solchen Apparat anzubringen. Die Schraube ist so stark und findet in den 2 cm langen Schraubenmuttern einen so sicheren Halt, dass eine Winkelstellung vollkommen ausgeschlossen ist. Der beschriebene Apparat hat sich mir in nachstehend kurz geschildertem Falle ganz vorzüglich bewährt.

---

[2] l. c.

Isidor Strogoff, 55 Jahre alt, Fuhrmann, wurde am 27. August 1900 in das Krankenhaus aufgenommen. Er gab an, am 25. August einen Hufschlag gegen den rechten Unterschenkel erhalten zu haben, wobei er bewusstlos zusammensank. Die Untersuchung ergab einen Schrägbruch der Tibia in ihrer Mitte, eine ziemlich tiefe, jedoch nicht bis auf den Knochen reichende Quetschwunde über der Crista und eine reichlich 3 cm betragende Verkürzung des Unterschenkels, der in weiter Ausdehnung geschwollen und blutunterlaufen war.

Nach aseptischer Versorgung der Wunde wurde ein Heftpflasterextensionsverband nach Bardenheuer und eine Volkmann'sche Schleifschiene angelegt. Als jedoch am 9. September, bei vorgenommener Kontrolle, die Verkürzung sich als unverändert erwies, wurde ein cirkulärer Gipsverband, in oben geschilderter Weise mit der Schraubenvorrichtung versehen, angelegt. Schon nach wenigen Tagen erreichte der Spalt die Breite von 5 cm, wobei Pat. nicht die geringsten Beschwerden äußerte. Im Gegentheil, Pat. konnte sehr bald das Bett verlassen und, auf Krücken gestützt, umhergehen. Am 4. Oktober wurde der Verband abgenommen: Die Bruchstelle konsolidirt, ohne Dislokation, Callus sehr mäßig entwickelt, Wunde geheilt; beide Unterschenkel erscheinen gleich lang. Die genaue Messung ergiebt eine Längendifferenz von $^{1}/_{4}$ cm. Es wurde nun noch ein bis zum Knie reichender abnehmbarer Gipsverband Behufs Massage und Bädern angelegt. Indessen verließ der Kranke das Hospital schon am 7. Oktober mit diesem Verbande, indem er sich für vollkommen geheilt und einen längeren Aufenthalt im Krankenhause für zwecklos erklärte.

Dass mein Apparat auch bei Behufs Ausgleichung von Verkürzungen vorgenommenen schrägen Osteotomien gute Dienste leisten wird, unterliegt für mich keinem Zweifel.

Zum Schlusse sei noch darauf hingewiesen, dass das medicinische Waarenhaus Akt.-Ges. Berlin und Odessa die Anfertigung meines Apparates übernommen hat.

II.

Zur Behandlung der Patellarfrakturen.

Von

Dr. Alex Wiener,

Prof. der orthopädischen Chirurgie in Chicago, Clinical School.

Die durch Zug des Quadriceps femoris entstandenen, indirekten Frakturen der Kniescheibe heilen ohne Kunsthilfe nicht. Kann man doch die Verbindung der Bruchenden durch fibröses Gewebe nicht wohl eine Heilung, eine Restitutio ad integrum nennen. Die Annäherung der Bruchenden wird neben dem Muskelzuge durch den mächtigen Knieerguss verhindert, auf dem die Bruchenden gewissermaßen schwimmen. Sie stehen sich dachfirstförmig gegenüber, da ihre Befestigungspunkte unter dem Niveau des Blutergusses liegen. Die Malgaigne'sche Klammer und andere auf derselben Idee beruhende Vorrichtungen zur Annäherung der Bruchenden verbessern diese für die Heilung ungünstige Stellung nur unwesentlich.

So hat sich allmählich der Brauch ausgebildet, gerade auf das Ziel der knöchernen Vereinigung loszugehen, indem man das Gelenk eröffnet, den Bluterguss entfernt und den Riss durch die Naht ver-

schließt. Diese ideale Behandlung hat aber in der Praxis 2 Nachtheile. Erstens setzt sie äußere Verhältnisse voraus, die eine strikte Asepsis ermöglichen, dann gelingt es dem Arzte häufig nicht, den Pat. von der Nothwendigkeit eines operativen Eingriffes zu überzeugen.

Kürzlich habe ich ein Verfahren angewendet, das ich nur desshalb so früh bekannt gebe, weil das Ergebnis Versuche an einem größeren Material, als es mir zu Gebote steht, zu rechtfertigen scheint.

Das Bein wird rasirt und wie vor einer Operation gereinigt. Binden von Tafelwatte hüllen dann das Bein ein, das auf einer Halbrinne von plastisch gemachtem Fiber-Kartavert befestigt wird. Das Kniegelenk wird mit einem reichlichen Wattepolter bedeckt und dann eine 8—10 cm breite Gummibinde in Achtertouren unter mäßigem Zuge darum gelegt. Die Bruchenden können dabei wegen des Blutergusses nicht in Annäherung gebracht werden. Der Pat. erhält dann eine Gehmaschine, die immer vorräthig sind, und verlässt die Klinik zu Fuß. Ambulante Behandlung von Patellarfrakturen.

Die Gummibinde bleibt 4—5 Tage liegen. Nach Wegnahme zeigt sich der Verband in der Gegend des Gelenkes mit Schweiß getränkt, selbst die fetthaltige Tafelwatte ist durchweicht. Der pralle Erguss ist zum größten Theile verschwunden, die Bruchenden sind einander näher gerückt und können bei der Erneuerung des Verbandes leicht mit einer Hand in Berührung gehalten werden. Die Gummibinde wird diesmal fester angezogen. Störungen des Blutumlaufes sind nicht zu befürchten, da ja die Gefäße durch die Schiene vor Druck geschützt sind.

Der letzte Fall war ein 56jähriger Markthelfer, Potator strenuus mit einer Arteriosklerose und von schlechter allgemeiner Ernährung. Die Patella war durch Muskelzug zerrissen, und betrug die Diastase 3,3 cm. Nach 4 Tagen war der sehr erhebliche Bluterguss fast geschwunden, der Umfang des Knies war von 43 cm auf 37 gemindert. Die Diastase betrug weniger als 1 cm.

Die Gummibinde erspart dem Pat. die Schmerzen der Zwecks rascher Aufsaugung des Blutergusses unerlässlichen Massage und dem Chirurgen viel Zeit. Hier ein Beispiel. Ein 35 Jahre alter nervöser und empfindlicher Mann zog sich durch Sprung vom Straßenbahnwagen eine Ruptur des inneren seitlichen Ligaments am rechten Kniegelenke zu. 3 Stunden nach dem Unfalle war das Kniegelenk mit Blut prall angefüllt. Schon nach 14 Tagen beugt der Pat. das Gelenk bis zum rechten Winkel, während der Umfang desselben um 5 cm gefallen war. Dabei hatte der behandelnde Arzt, Herr Konsulararzt Dr. Paul Welker, die Binde täglich nur 4 bis 8 Stunden liegen lassen.

Für eine altbekannte Methode scheint mir eine neue, vielleicht werthvolle Indikation gefunden zu sein.

---

1) **G. Eisen.** Preliminary report on the presence and nature of parasitic amoeba (Cancriamoeba macroglossa) in the epithelial carcinomata.

(New York med. record 1900. Juli 7.)

Die »Cancriamoeba macroglossa« findet sich in allen epithelialen Carcinomen. Sie ist leicht im Thätigkeitsstadium zu fixiren, während das Gewebe noch warm ist, während sie sich unter Bluttemperatur kontrahirt.

Die Cancriamöbe ist die Ursache der charakteristischen Struktur der Zellnester. In jedem solchen Neste kann man 2 Theile genau unterscheiden, nämlich das innere Amöbennest mit einigen Leukocyten und Epithelialzellen und das äußere, nur aus Epithelialzellen bestehend. Die eigenthümliche Struktur dieser Krebsnester entspricht dem defensiven Bestreben der Epithelzellen, die Amöben durch Einkapselung und Chitinisation abzuwehren, während diese Pseudopodien in die Zellen hineinstrecken und das Cytoplasma aufsaugen. Die Fortpflanzung der Cancriamöben erfolgt durch Sporen und amitotische Theilung. Mitosen findet man in Amöben nicht, sondern in den reinen Epithelialzellen. Die Cancriamöben sind meist von einer Vacuole umgeben, welche größer wird, entsprechend der angerichteten Zerstörung, und auch später aufbricht. Die Leukocyten dagegen sind! etwa $1/_3$ so groß wie diese Amöben und haben keine Vacuolen. Die große Empfindlichkeit gegen Kälte legt die Behandlung des Carcinoms nach dieser Richtung hin nahe.

Loewenhardt (Breslau).

---

2) **J. Wolff.** Bemerkungen zur Demonstration von Röntgenbildern der Knochenarchitektur.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 18 u. 19.)

Zum Zwecke der Bearbeitung der Knochentransformation für den Hamburger Röntgenatlas hat Verf. seine berühmten Knochenfurnierblätter, welche die Grundlage seines fundamentalen Werkes »Über die Knochentransformation« bilden, mit Röntgenstrahlen durchleuchtet und außerordentlich schöne, klare beweisende Bilder der inneren Knochenstruktur erhalten, welche werthvollere Aufschlüsse über die feinere makroskopische Knochenstruktur gewähren, als solche auf irgend eine andere Weise zu erlangen gewesen waren. Im Röntgenbilde verschwinden die feineren Nebenbälkchen oder treten doch wesentlich zurück gegen die Hauptzüge, deren Verlauf sich nun in außerordentlich viel deutlicherer Weise erkennen lässt. Auch die Corticalis wird in einzelne Bälkchen aufgelöst. Ein weiterer Vorzug dieser Untersuchungsmethode liegt darin, dass nur die in einer Ebene gelegenen Knochenzüge wirklich als scharfe Linien erscheinen. Diese Thatsachen erläutert W. durch eine Reihe von Abbildungen, welche er der Berliner med. Gesellschaft durch Projektion demonstrirt hatte. Ganz besonders interessant ist wieder der Schnitt

durch den Oberschenkel, welcher grundlegend für das Transformationsgesetz gewesen war, indem es W. unwiderleglich gelingt, die vollste Übereinstimmung des Verlaufes der Knochenbälkchen mit den theoretisch konstruirten Spannungstrajektorien nachzuweisen. Die Hinfälligkeit der Behauptung Bähr's, beide besäßen nur eine entfernte Ähnlichkeit, so wie die hieraus gezogenen Schlüsse erledigen sich hiermit von selbst. Alle weiteren Präparate ergeben nun zwar nichts vollkommen Neues, übertreffen jedoch an Klarheit die einfachen Photographien um ein Erhebliches und sind somit die sichersten Beweismittel für das Gesetz der Knochentransformation. Eine unwiderleglichere Grundlage dafür, dass die mathematischen Gesetze der graphischen Statik die organischen Bildungen in wunderbarer Weise beherrschen, ist nicht denkbar. **Koenig** (Wiesbaden).

---

3) **Sudeck.** Zur Altersatrophie (einschl. Coxa vara senium) und Inaktivitätsatrophie der Knochen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 6.)

Die Alters- und Inaktivitätsatrophien der Knochen sind im Gegensatze zu denen der Muskeln bisher recht stiefmütterlich behandelt worden, und es ist mit Freude zu begrüßen, dass die Röntgenphotographie auch auf diesem Gebiete unsere Kenntnis erweitern wird. S. bespricht an der Hand mehrerer sehr schöner Bilder oben genannte Atrophien. Zum Vergleiche giebt er als erstes Bild die Röntgenphotographie eines normalen, gut ausgebildeten Oberschenkels, dem gegenüber gleich der große Unterschied in dem Bilde eines Oberschenkels einer 27jährigen Frau auffällt, der nur einen geringen Schatten giebt, und bei dem die Atrophie der Spongiosa außerordentlich vorgeschritten ist. Das 3. Bild zeigt eine Arthritis deformans und bestätigt die Untersuchungen Kimura's, der zu dem Schlusse kam, dass die Arthritis deformans in Knochenatrophie bestehe; die Knochenneubildungen seien sekundäre, durch funktionelle Reize und Läsion hervorgerufen, während die Deformation eine Folge von Körperdruck und dem Drucke der wuchernden Synovialzotten sei. Die normale Struktur des Knochens ist auf dem Bilde kaum herauszukennen. Kimura macht in seiner Arbeit auch darauf aufmerksam, dass die Coxa vara senium auch durch senile Knochenatrophie bedingt werde, und seine Behauptung findet in dem 4. Bilde S.'s eine Bestätigung.

Im 2. Theile seiner Arbeit, der Inaktivitätsatrophie, bringt S. die sehr interessante Thatsache, dass schon nach relativ kurzer Zeit, 6—8 Wochen, Inaktivitätsatrophien sich bemerkbar machen können. So hat er mehrfach bei Unterschenkelbrüchen schon nach der genannten Zeit deutlich Abnehmen der Knochensubstanz des Fußskeletts gefunden. Außer hierher einschlägigen Bildern bringt er noch einige andere, bei denen ganz bedeutende Knochenatrophien nach lange bestehenden Inaktivitäten dargestellt werden.

H. Wagner (Breslau).



4) **Honsell** (Tübingen). Über Trauma und Gelenktuberkulose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 3.)

Die experimentelle Lösung der praktisch so überaus wichtigen Frage des ursächlichen Zusammenhanges gewisser Fälle von Gelenktuberkulose mit einem voraufgegangenen Trauma, von Schüller (1880) und Krause (1891) zuerst, aber in einer den heutigen Anforderungen der Bakteriologie nicht mehr entsprechenden Weise vorgenommen, ist in Frankreich von Lannelongue und Achard (1899), in Deutschland von Friedrich (1899) wieder versucht worden. H. giebt in dankenswerther Weise eine neue und nicht kleine eigene Beobachtungsreihe. Er injicirte intravenös.

1) Hochvirulente Tuberkelbacillen in großer Menge (1 ccm), 12 Kaninchen. Trauma sofort und 8 Tage später. Sämmtliche Thiere erlagen in der 4. oder 5. Woche allgemeiner Miliartuberkulose, ohne dass Knochen oder Gelenke makroskopische Veränderungen zeigten.

2) Hochvirulente Bacillen in geringer Menge (0,1 ccm), 18 Kaninchen. Trauma sofort, nach 14 Tagen und nach 4 Monaten. 5 Thiere starben ohne Tuberkulose in den ersten 2 Monaten. 3 weitere starben nach etwa 6 Monaten und hatten tuberkulöse Herde in den Lungen, Bronchialdrüsen und Nieren. Aber sie zeigten so wenig wie die übrigen — letztere 8 Monate nach der Infektion, 4 Monate nach dem letzten Trauma — Spuren von Gelenktuberkulose.

3) Schwach virulente Kulturen in großer Menge, 15 Kaninchen. Trauma sofort, nach 14 Tagen, nach 4 Wochen; 10 Thiere starben innerhalb der ersten 3 Monate, theils mit, theils ohne tuberkulöse Lungenherde, aber ohne Gelenk- oder Knochenveränderung. Nur bei 5 Thieren, welche zwischen dem 3. und 5. Monate zu Grunde gingen, fanden sich tuberkulöse Gelenkerkrankungen. Doch waren die traumatisch lädirten Gelenke weniger dabei betheiligt als die entsprechenden nicht lädirten (13% : 23%).

Trotzdem diese Versuche es unwahrscheinlich machen, dass sich die Tuberkulose durch ein Trauma an einer bestimmten Stelle lokalisiren lässt, glaubt H., dass durch das Trauma die Tuberkulose aus einem klinisch latenten in einen manifesten Zustand übergeführt wird. Zum Beweise dessen hat er das Material der Tübinger chirurgischen Klinik aus 20 Jahren, 1729 Fälle von Gelenk- und Knochentuberkulose, darauf betrachtet. Da fand er 242 = 14% Fälle wahrscheinlich traumatischen Ursprunges. 88mal gingen die Folgen des Traumas ohne jede merkbare Grenze in Tuberkulose über, 100mal bestand zwischen beiden eine Periode anscheinender Besserung, 54mal ein kurzes, freies Intervall. Die Tuberkulose entwickelte sich häufiger nach Traumen von geringerer Intensität als nach schweren Gelenkverletzungen, wie Frakturen und Luxationen.

(Die experimentelle Untersuchung hat uns in dieser Frage also leider nicht weiter gebracht. Offenbar gehören außer dem Trauma

und einem tuberkulösen Primärherd im Körper noch weitere Zufälligkeitsmomente dazu, um es zu einer tuberkulösen Erkrankung kommen zu lassen. Nach Ansicht des Ref., welcher durchaus nicht bestreiten will, dass das Trauma manchmal von kausaler Bedeutung ist, ergiebt auch die klinische Erfahrung nicht eben viel Beweismaterial im positiven Sinne. Die Internen der großen Kommunalkrankenhäuser würden sich ein großes Verdienst erwerben, wenn sie darüber Statistik führten, wie oft bei den chronisch lungenkranken Arbeitern, die doch vielfach kleinere Gelenkverletzungen erlitten haben, sich im Laufe der Jahre lokale Tuberkulose entwickelt.)

P. Stolper (Breslau).

---

5) **O. Hartmann.** Über die Behandlung der akuten primär synovialen Eiterungen der großen Gelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 231.)

H. theilt in dieser umfangreichen Arbeit die Principien und Resultate bei Behandlung der Gelenkeiterungen mit, die in Riedel's Jenaer Klinik befolgt werden bezw. in den letzten Jahren erreicht sind. Kann man auch als sicher annehmen, dass Therapie und Resultate auf dem Gebiete allerorten im Wesentlichen denjenigen von Riedel analog sein werden, so ist die Arbeit doch von großem Interesse, da sonst in neuerer Zeit nicht viel über den Gegenstand geschrieben ist, dann aber auch, weil das hier bearbeitete Material ein recht vielseitiges ist. Es umfasst 61 Fälle, von denen 1—25 das Knie, 26—33 das Fußgelenk, 34—39 den Ellbogen, 40—50 die Hüfte, 51—55 die Schulter, 56—61 das Handgelenk betreffen. Darunter finden sich beide Geschlechter und die verschiedensten Lebensalter betheiligt, Eiterungen jeglicher Art, spontane und postrheumatische, gonorrhoische, osteomyelitische etc., wie durch inficirte penetrirende Wunden verursachte. Alle Fälle sind in eingehenden Krankengeschichten mitgetheilt. Die Resultate sind in der Mehrzahl der Fälle recht günstige, da meist die Extremitäten gerettet sind, nicht selten auch mit trotz zum Theil ergiebigstem Aufschneiden der Gelenke nicht übel erhaltener Beweglichkeit. Doch fehlt es natürlich auch nicht an der Amputation verfallenen und tödlich geendigten Fällen.

Je nach dem verschiedenen Schweregrade der Gelenkeiterung kommen die zunächst zulässigen leichtesten operativen Eingriffe zur Anwendung, bei ihrem Versagen dann schrittweise radikalere, so dass sich ein sog. »Instanzenzug« bei der Therapie ausgebildet hat. Am Knie, dem am häufigsten und dabei auch in Hinsicht der Erkrankungsintensität am wechselndsten betroffenen Gelenke, waren auch die verschiedenen Operationsverfahren am mannigfaltigsten. Die leichtesten »katarrhalischen« Eiterungen konnten durch Punktion mit nachfolgender Karbolausspülung geheilt werden. Die nächste Operationsinstanz ist nach der Punktion Einlegung feiner Gummidrains ins Gelenk durch die Trokarkanüle; es folgt sodann die Ge-

lenkeröffnung durch laterale Längsschnitte, zu denen bei Bedarf weiterhin ein Querschnitt durch die vordere Kapsel bis an die Seitenkanten der Kniescheibe gefügt wird. Auch dieser Eingriff kann dann noch durch Querdurchsägung der Kniescheibe, gefolgt vom Aufklappen des Gelenkes, fernerhin durch atypische oder typische Knochenresektion überboten werden. (Durch eine atypische Resektion [der Fibula] wurde ein mit Wadenabscess komplicirtes Knieempyem bezwungen.) Zur Drainage des Fußgelenkes setzt Riedel vordere und hintere Längsschnitte, mit Durch- oder Abmeißelung der Knöchel, Wunden, von denen aus, falls nöthig, auch leicht der Talus exstirpirbar ist. Zur Drainage des Ellbogens erwies sich wiederholt eine kanalförmige Durchbohrung des Olecranon als zweckmäßig. Das Handgelenk wurde der guten Beweglichkeit wegen stets total resecirt. Am Hüftgelenke wurde bei Kindern der Oberschenkelkopf bisweilen geschont, bei Erwachsenen wird er der Regel nach der Resektion verfallen müssen. Zur Drainage des Schultergelenkes hat sich Riedel noch keine typische Schnittführung ausgeprobt. Die Krankengeschichten ergaben, dass zur Drainage der Gelenkwunden neben Gummiröhren ausgiebig tamponirende Jodoformgaze gebraucht ist. Von Spülungen, sei es mit Salzwasser, sei es mit antiseptischen Lösungen, ist kaum die Rede. Zum Schlusse wird ein Verzeichnis der, wie erwähnt, nicht reichlichen Litteratur gegeben. (Hier wäre noch König's Vortrag »Wandlung in der chirurgischen Technik der Gelenkoperationen« vom letzten Kongresse und die höchst lehrreiche Arbeit von v. Bruns und Honsell »Über die akute Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes« [Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV] hinzuzufügen.) Eine Tafel zeigt das interessante Resektionspräparat von einem kindlichen osteomyelitischen Oberschenkelkopf.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) **H. Fischer.** Die Osteomyelitis traumatica purulenta cranii.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 100 u. ibid. p. 449. Bd. LVII. p. 108 u. ibid. p. 325.)

Wie der Verf. selbst sehr richtig sagt, giebt seine Schrift trübselige Kunde von dem jammervollen Bilde der chirurgischen Praxis der vorantiseptischen Zeit; denn er hat hier die sehr zahlreichen einschlägigen Beobachtungen, die er in jüngeren Jahren als Arzt der Berliner Charité, später als Kliniker in Breslau und auch als Mitglied des dortigen Medicinalkollegiums (als welcher er die häufigen gerichtlichen Sektionsprotokolle oberschlesischer an inficirten Kopfverletzungen gestorbener Bergleute zu superrevidiren hatte) gemacht und gesammelt hat, bearbeitet. Er theilt sie mit des Interesses halber, das gegenwärtig die Schädelostitis als Folge chronischer Otitis gewonnen hat. Zu einer früheren Veröffentlichung fehlte ihm die Muße und auch, nachdem die Antisepsis mit einem Schlage die Theorie und Therapie bezw. Prophylaxe bei der Kopfverletzungsinfektion vervollkommnet hatte, die Lust.

Der Inhalt lässt sich durch die Kapitelüberschriften übersehen: Die Ostitis cranii traumatica purulenta a. Pathogenetisches (historisch nicht uninteressant, da die ohnmächtigen Theorien früherer Zeit zur Sprache kommen), b. Pathologisch-Anatomisches, c) Klinisches. Die intracraniellen Folgen der Ostitis purulenta. 1) An der harten Hirnhaut: der Extraduralabscess. 2) An der Pia mater: die ostitische Leptomeningitis. 3) An den Sinus die Thrombophlebitis sinuum. I. Septhämische Form. (Sepsis ohne Metastasen, septischer Gelenkrheumatismus, septische Lungenentzündung, sekundäre septische Phlegmonen.) II. Septicopyämie. 4) Folgezustände am Gehirn. Gehirnbrand, ostitischer Hirnrinden- und Hirnmarkabscess. Die Zahl der publicirten Krankengeschichten beträgt 109. Mit verschwindenden Ausnahmen folgt leider auf die Krankengeschichte der eingehende Obduktionsbericht. Mehrere Sektionspräparate sind abgebildet.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

7) H. Lorenz. Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Mikrognathie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 73.)

L. bringt aus der Albert'schen Klinik in Wien 9 Fälle von Mikrognathie (Verkleinerung des Unterkiefers), von denen eine gründliche Beschreibung, meist auch photographische Abbildung gegeben wird, woran sich eine epikritische Allgemeinbesprechung namentlich Hinsichts Ätiologie, aber auch Betreffs Therapie des Leidens schließt. 2 dieser Fälle sind angeboren. Der eine betrifft einen Säugling mit Erweiterung der Mundspalte nach links, dazu linksseitiger Backenfistel und aurikulären Hautanhängseln. Das Kinn tritt deutlich zurück. Der zweite derartige Pat. ist ein 10jähriges Mädchen mit allgemeiner Gesichtsasymmetrie und Skoliose, ebenfalls mit aurikulären Anhängseln behaftet. Der Unterkiefer ist einseitig zu klein. Die übrigen Fälle (1—7) sind erworbener Art. Die meist übliche Theorie zur Genese der erworbenen Unterkieferkleinheit ist die, dass es sich um eine Inaktivitätsatrophie des Knochens handelt, die wieder Folge einer Kiefergelenksankylose sei, oder auch dass die Wachsthumsstörung eine Folge von Erkrankung oder Verödung des mandibulären Epiphysenknorpels sei. Die L.'schen Fälle passen für diese Theorien nur schlecht und zum Theil. Nur 2 derselben waren mit Kiefergelenksankylosen (entstanden nach Osteomyelitis, bezw. Scharlach) kombinirt, sonst war stets in ihnen die Kieferbewegung völlig frei. Fall 3 ist auf eine Periostitis (schweren Zahnabscess) zurückzuführen, während bei Fall 4 eine Otitis als Grund in Frage kommt; freilich könnte dieser Fall auch als angeboren angesehen werden. Der mikrognathe Pat. von Fall 5 zeigt eine skoliotische Verschiebung nach rechts nicht nur des Kinnes, sondern auch der Nase, des Mundes, des Zungenbeines und des Kehlkopfes. Eine wahrscheinlich von einem kalten Abscesse hinterlassene Narbe vor dem rechten Ohre giebt einen Fingerzeig auf die Entstehungs-

ursache der Difformität. Sehr eigenthümlich ist Fall 6, in dem der Fehler anscheinend dadurch entstand, dass nach einer Pneumonie der Pat. ein rapides Körperwachsthum erfuhr, an welchem aber sein Unterkiefer sich nicht betheiligte. Fall 7 ist wieder einfacher, da hier eine Kieferosteomyelitis mit Sequesterbildung anamnestisch feststellbar war; doch ist der Fall dadurch bemerkenswerth, dass auch hier skoliotisch-asymmetrische Stellung von Zungenbein und Kehlkopf zu finden war, und auch die Zunge selbst asymmetrisch gebildet ist. L. macht besonders darauf aufmerksam, dass die Difformität bei Mikrognathie nicht allein den Unterkiefer betrifft, sondern auch Oberkiefer, Zunge, Zungenbein und Kehlkopf Stellungsveränderungen erfahren. Die oft dabei auch zu findende Schmalheit und abnorm hohe Wölbung des harten Gaumens deutet ferner auf Wachsthumshemmung der maxillaren Gaumenfortsätze hin. Die Wachsthumsstörung bleibt also nicht begrenzt, sondern dehnt sich weit auf die Nachbarschaft aus, ähnlich wie beim Caput obstipum oder bei der Hemiatrophia facialis, so dass der Gedanke an eigenthümliche trophische Störungen nahe liegt.

Die operativen Behandlungsversuche des Leidens haben bislang noch nicht viel erzielt. Sie werden kurz erwähnt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **Lipowski.** Über Erkrankungen der Stirn- und Kieferhöhlen und eine neue Untersuchungsmethode derselben.

(Virchow's Archiv Bd. CLXI. p. 580.)

Nach einigen Bemerkungen über die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und die Schwierigkeit der Diagnosenstellung kommt Verf. auf seine eigenen Untersuchungsmethoden. Er ließ zuerst eine Stimmgabel über der Stirnhöhle schwingen und kontrollirte deren Klang durch ein Phonendoskop. Durch Klangunterschiede konnten auf diese Weise mit Leichtigkeit die Grenzen der Höhle bestimmt werden, und glaubte Verf. damit das Problem gelöst zu haben. Doch überzeugte er sich bald, dass seine Entdeckung auf einer Täuschung beruhte; denn die Klangunterschiede waren in Folge von Spannungsunterschieden der Haut entstanden. Sodann suchte er tiefer zu dringen mit der Schallerzeugung, indem er Plessimeter und Hammerstiel anwandte. Auch hiermit kam er, wenigstens bei der Stirnhöhle, nicht über die Hautleitung hinaus, während er bei der Kieferhöhle ein günstigeres Resultat gewann: »es schien die Abgrenzung der Höhle gut und leicht möglich«.

Die Untersuchungen geschahen 1) am Lebenden, nachdem durch Lippenhalter die Oberlippe hochgezogen war, um dadurch die Vorderwand der Highmorshöhle freizulegen, 2) an der Leiche, und zwar hier bei verschiedenem Füllungsgrade der Kieferhöhle.

Diese Untersuchungen sind nach des Verf. Ansicht ungleich bequemer und instruktiver am Krankenmateriale ausführbar, welches ihm leider in dieser Beziehung nicht zur Verfügung stand. Doch

ist er nach seinen bisherigen Resultaten der sicheren Überzeugung, dass brauchbare und werthvolle Ergebnisse aus fleißigen und alle physikalischen Verhältnisse berücksichtigenden Untersuchungen resultiren werden. **Fertig** (Göttingen).

---

9) **A. Most.** Über den Lymphgefäßapparat von Kehlkopf und Trachea, und seine Beziehungen zur Verbreitung krankhafter Processe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 199.)

M. berichtet über die Resultate von Lymphgefäßinjektionen nach Gerota's Methode, die er in ca. 40 Objekten von Neugeborenen bezw. jungen Kinderleichen in der Breslauer Anatomie ausgeführt hat. 3 die als typisch erkannten Befunde darstellende gute Tafeln sind beigefügt. Da die mukösen Lymphgefäße auf den Stimmfalten sehr spärlich und zart sind, oberhalb und unterhalb von ihnen aber dichte und großkalibrige Netze bilden, resultiren 2 ziemlich scharf geschiedene laryngeale Lymphgebiete, ein oberes und unteres, welche nur an der hinteren Kehlkopfwand mit einander in freier Verbindung stehen. Die Lymphgefäße des oberen Lymphgebietes treten durch die Membrana thyreo-hyoidea aus und sammeln sich in den tiefen Cervicaldrüsen, die nahe der Carotistheilung oder tiefer liegen; durch das Lig. conicum treten wesentlich aus dem Quellgebiete des vorderen Theiles der subglottischen Kehlkopfschleimhaut einige zarte Gefäße, um in 1 oder 2 prälaryngeal gelegene Drüsen zu münden; aus dem hinteren unteren Kehlkopflymphgebiete endlich gehen die Gefäße hinten durch das Lig. crico-tracheale zu Drüsen entlang dem Recurrens und Vagus in der Furche zwischen Speise- und Luftröhre bis zur Brustapertur hinab. Die tiefen Cervicaldrüsen sind durchaus die wichtigsten.

Den anatomischen Erörterungen folgen einige klinische. Bei der Lymphgefäßarmuth der Stimmbänder disponiren auf diese beschränkte Carcinome weniger zu metastatischer Drüseninfektion. Den Sitz der letzten bilden dem anatomischen Verhältnis entsprechend wesentlich die tiefen Halsdrüsen. Die letzteren können unter Umständen zu stattlichen Geschwülsten degeneriren, während die primäre Neubildung noch gar nicht entdeckt war. Auch für die Begrenzung tuberkulöser Ulcerationen ist die Lymphgefäßarmuth der Stimmbänder bedeutungsvoll. Infektionsschwellung der prätrachealen und prälaryngealen Drüsen ist im Ganzen praktisch nicht sehr bedeutungsvoll. Sie kann unter Umständen bei Tuberkulose zur Beobachtung gelangen. (Litteraturverzeichnis von 67 Nummern.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

10) **H. Starck.** Die Divertikel der Speiseröhre.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1900. 206 S.

Die vorliegende Arbeit gründet sich auf ein erschöpfendes Litteraturstudium, so wie auf mehrere selbst beobachtete, lehrreiche

Fälle. Sie zeugt von tiefem, ungemein gründlichem Durchdringen des behandelten Themas und von scharf kritischem Denken und stellt vermöge dieser Vorzüge eine erfreuliche und bleibend werthvolle Erscheinung auf dem Büchermarkte dar.

Nach einer kurzen, der Sonderstellung der Speiseröhre hinsichtlich der Erkennung und Behandlung ihrer Erkrankungen gewidmeten Einleitung bespricht S. zunächst die Traktionsdivertikel. Diese, früher als ungemein selten angesehenen Bildungen haben sich, seitdem man anfing, bei Obduktionen systematisch danach zu suchen, als ein relativ häufiges Leiden herausgestellt. Auf Grund von über 250 zum Theil in Tabellenform zusammengestellten Sektionsbefunden entwirft Verf. ein anschauliches Bild von der pathologischen Anatomie dieser Divertikel. Das Vorhandensein oder Fehlen der Muscularis in der Divertikelwand berechtigt nach seiner Ansicht nicht zur principiellen Scheidung in zwei verschiedene Gruppen, hängt vielmehr nur von der Intensität des zur Divertikelbildung führenden Entzündungsprocesses in der Nachbarschaft der Speiseröhre ab. Das Primäre ist in der Mehrzahl der Fälle eine Entzündung der in Höhe der Trachealbifurkation gelegenen Lymphdrüsen, und dem entsprechend ist der konstante Sitz dieser Divertikel in dieser Gegend an der Vorderfläche der Speiseröhre. Als ätiologische Momente für diese Drüsenentzündung und nicht selten -vereiterung kommen die Anthrakose, nächstdem diese kombinirt mit Tuberkulose, weiter reine Tuberkulose, schließlich auch anderweitige Infektionskeime in Betracht. Ferner spielen Lungenerkrankungen, besonders Tuberkulose, aber auch chronisch indurative Pneumonien, reine mediastinale Entzündungs- und Schrumpfungsprocesse, vielleicht auch Entzündungen des Herzbeutels und der Pleura eine Rolle in der Ätiologie; ob auch ein kongenitaler Ursprung dieser Divertikel in Betracht kommt, ist ganz unsicher. Eingehend wird geschildert, wie die erwähnten Processe zur Divertikelbildung führen, wie die bekannte zeltartige Form derselben zu Stande kommt, warum die überwiegende Mehrzahl derselben sich bei Leuten findet, die das 30. Lebensjahr überschritten haben, warum vorzugsweise Männer befallen werden, und warum endlich die Krankheit intra vitam fast nie Symptome macht, die eine Diagnose ermöglichen. Ob in dieser Hinsicht die Ösophagoskopie eine Änderung herbeiführen wird, muss die Zukunft lehren. Trotz der meist fehlenden Symptome bedrohen diese Divertikel das Leben in hohem Maße und zwar in erster Linie durch die häufigen Perforationen, die je nach Lage und Richtung zu eitrig-jauchiger Mediastinitis und Pleuritis, Aspirationspneumonie u. Lungengangrän, Pyopneumothorax, Perikarditis und Pneumokardium oder durch Gefäßarrosion zu tödlicher Blutung führen können. Ferner scheinen die Divertikel einen günstigen Boden für die Entstehung des Carcinoms zu geben. Eine Therapie des Leidens kam bisher noch nie in Betracht, da noch nie die Diagnose desselben während des Lebens gestellt wurde.

Die Pulsionsdivertikel theilt S. ein in pharyngeale, Zenker'sche oder pharyngo-ösophageale und endlich ösophageale Pulsionsdivertikel. Die eigentlichen Rachendivertikel sind ihrem Ursprunge nach innere unvollständige Kiemenfisteln und als solche wohl auf die 3. Schlundtasche zurückzuführen. In ihren Symptomen entsprechen sie durchaus den Zenker'schen Divertikeln, sind aber principiell von diesen scharf zu trennen wegen ihrer durchaus verschiedenen Ätiologie.

Für die Genese der echten Zenker'schen, an der Grenze zwischen Pharynx und Ösophagus gelegenen Divertikel der hinteren Speiseröhrenwand ist eine Reihe von Theorien zur Erklärung herangezogen worden. S. weist diese Theorien, welche solche Divertikel als angeborene Hemmungsbildungen bei der Differenzirung von Ösophagus- und Respirationsorganen, als Bildungsanomalien im Bereiche der Kiemenfurchen oder als Rückschlagbildungen im atavistischen Sinne zu deuten suchten, im Einzelnen in überzeugender Weise zurück und tritt mit Entschiedenheit für die schon von Zenker und Ziemssen angenommene mechanische Entstehung der Divertikel ein. Die scheinbar mit dieser Annahme im Widerspruche stehende Thatsache, dass die Pulsionsdivertikel dieser Kategorie stets an derselben Stelle gefunden werden, erklärt sich unschwer aus dem eigenthümlichen Verlaufe der Schlundmuskulatur, welche gerade an der in Betracht kommenden Stelle durch Auseinanderweichen der Muskelfasern einen der Längsmuskulatur beraubten, dreieckig gestalteten Locus minoris resistentiae schafft. Begünstigend für die Ausbuchtung der Speiseröhrenwand an dieser Stelle kommt noch hinzu, dass die Speiseröhre an ihrem Übergange in den Rachen in der Höhe des Ringknorpels die geringste Ausdehnungsfähigkeit besitzt, hier also gewissermaßen eine physiologische Enge besteht. So macht sich an dieser Stelle beim Schlingakte ein erhöhter Seitendruck geltend, und es liegen hier Verhältnisse vor, welche Schädigungen und das Steckenbleiben von Speisen an dieser Stelle am leichtesten begreiflich machen. Solche theils geringere, theils erheblichere Traumen finden sich auch in der Anamnese der Divertikelkranken sehr häufig als Ursache des Leidens angeführt. Aber auch durch Kompression von außen, sei es durch Kropf oder intrathoracische Geschwülste, kann die Divertikelbildung angeregt werden. — So lange die Kehlkopfknorpel weich und elastisch sind, können sie event. einem Drucke von der Speiseröhrenlichtung aus nachgeben; entsprechend der Verknöcherung des Kehlkopfes, die beim Manne zwischen dem 40.—50. Lebensjahre, beim Weibe noch später auftritt, überwiegt das höhere Lebensalter bei der Entstehung dieser Divertikel und eben so das männliche Geschlecht. — Findet nun eine Verletzung der Muskulatur an der schwachen Stelle statt, entsteht eine Lücke, so wird die Schleimhaut durch die unter hohem Drucke passirenden Bissen allmählich hernienartig vorgewölbt, Retention von Speisen befördert das Wachsthum, und es entsteht so die Pharynxhernie oder Pharyngocele mit kleiner Eingangsöffnung und nur aus Schleimhaut bestehend.

Wird dagegen ohne eigentliches Trauma der schwach angelegte dreieckige Raum an der hinteren Schlundwand allmählich in toto vorgewölbt und die schwache Muskulatur durch den stets wiederkehrenden Druck allmählich gedehnt, eingerissen und aus einander gedrängt, so wird die Grube zur Tasche und endlich zum großen Sacke mit weiter Mündung, und die Schleimhaut der Sackwand zeigt mehr oder weniger Reste von Muskulatur. Das Fehlen oder Vorhandensein der letzteren bedingt also principiell keinen Unterschied für die Beurtheilung der Genese des Divertikels.

Anschließend an diese Auseinandersetzungen über die Ätiologie des Leidens, die wir wegen ihrer principiellen Wichtigkeit etwas ausführlicher wiedergeben zu sollen glaubten, verbreitet sich Verf. auf Grund von 93 tabellarisch geordneten Fällen über Vorkommen, Geschlecht und Alter, so wie die anatomischen Eigenthümlichkeiten und entwirft dann ein ungemein anschauliches Bild von der Krankheit und ihrem Verlaufe, dem er eine genaue Beschreibung der einzelnen Symptome folgen lässt; es würde zu weit führen, auf diese näher einzugehen. Die Diagnose ist, wenn man überhaupt an das Leiden denkt, meist schon aus der durchaus charakteristischen Anamnese zu stellen, weitere Hilfsmittel sind die Konstatirung der je nach der Nahrungsaufnahme veränderlichen Halsgeschwulst, die Ösophagoskopie, Sondenuntersuchung, Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen und der Einhorn'schen Magenlampe.

Die Prognose des Leidens ist entsprechend seinem chronisch progressiven Verlaufe eine durchaus schlechte; der Tod tritt entweder durch Verhungern oder durch interkurrente Krankheiten, besonders Aspirationspneumonien ein.

Die einzige Behandlung, welche das Leiden beseitigen kann, ist die operative. Da aber die Kranken sich, so lange sie überhaupt noch schlucken können, nicht leicht dazu entschließen, so können wir auch der palliativen Mittel nicht entrathen. In dieser Hinsicht sind zu nennen vernünftige Diät und Anweisung, die Speisen richtig zu kauen und einzuspeicheln und langsam zu essen, Versuche, die Schwelle des Divertikeleingangs durch besonders konstruirte Sonden nach abwärts zu drängen und so die Ausbildung der Sackform so lange als möglich hintanzuhalten, Sondirung mit an der Spitze nach vorn abgebogener Divertikelsonde, theils um die Stenose zu beseitigen und den Weg in die Speiseröhre offen zu halten, theils um direkt die Nahrung durch die Sonde einzuführen, Entleerung des Divertikels durch Druck oder geeignete Lagerung und Ausspülung desselben mit desinficirenden Flüssigkeiten, Anwendung der Elektricität etc.

Hinsichtlich der Operationsmethoden, welche im Einzelnen geschildert werden, stellt S. folgende Indikationen auf: Die Gastrostomie ist bei äußerst geschwächten Kranken, die keine Narkose mehr vertragen, so wie bei organischen Stenosen am Platze, bei denen von der Exstirpation kein Erfolg zu erwarten, dagegen eine retrograde Sondirung erstrebenswerth ist. Die Exstirpation als einzige

radikale Methode kommt bei großen und kleinen Divertikeln, welche eine Stenose verursachen und die Ernährung rasch reduciren, als möglichst frühzeitig vorzunehmender Eingriff in Betracht. Bei kleinen Divertikeln kann neben der Exstirpation die Invaginationsmethode nach Girard angewandt werden; welche von beiden Methoden den Vorzug verdient, lässt sich auf Grund der beiden einzigen nach letzterer Methode behandelten Fälle nicht entscheiden. — Die Erfüllung der Indicatio vitalis kann durch Nährklysmen, subkutane Ölernährung, Analeptica und durch die Gastrostomie angestrebt werden.

Der Schluss des Buches ist den Pulsionsdivertikeln des Ösophagus gewidmet, von denen S. 25 Fälle aus der Litteratur und einen eigenen zusammenstellt. Dieselben kommen in jedem Lebensalter vor und sind wahrscheinlich gar keine ätiologisch einheitliche Erkrankung. Der Mehrzahl nach gehen sie wohl aus Traktionsdivertikeln hervor, doch lässt sich auch die Möglichkeit einer kongenitalen Anlage nicht von der Hand weisen; ob auch Traumen eine Rolle spielen, bleibt dahingestellt. Der Sitz dieser Divertikel ist stets die vordere oder seitliche Wand in Höhe der Bifurkation der Trachea, die Größe schwankt zwischen der einer Erbse und einer Mannsfaust, die sehr dünne Wand besteht aus Schleimhaut und einem Bindegewebsüberzug. Das klinische Bild gleicht im Ganzen dem der Zenker'schen Divertikel, die Abweichungen von demselben erklären sich durch die Verschiedenheit des Sitzes. Die Methoden der Diagnosenstellung und der Behandlung sind aus den Arbeiten von Kelling und Reitzenstein bekannt. Die Aussicht auf eine Operation innerhalb des Brustraumes ist wohl als Zukunftsmusik zu bezeichnen!

Damit haben wir versucht, wenigstens in großen Zügen den Inhalt der werthvollen Monographie wiederzugeben; im Übrigen können wir dieselbe zu eingehendem Studium nur aufs Wärmste empfehlen.

R. v. Hippel (Dresden).

---

11) **H. Starck.** Sarkome des Ösophagus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXII. p. 256.)

Verf. giebt eine genaue klinische und anatomische Beschreibung zweier Fälle von primärem großzelligen Rundzellensarkom der Speiseröhre mit großer Neigung zu sekundären Veränderungen (Ulceration, Hämorrhagien) und Metastasenbildung. In der Litteratur konnten noch 7 analoge Fälle gefunden werden, deren Krankengeschichten Verf. aufführt. Er kommt nach seinen Ausführungen zu dem Schlusse, dass das Speiseröhrensarkom ein äußerst seltenes Leiden ist, das nur in Ausnahmefällen (an Kindern oder durch Untersuchung von Geschwulstpartikelchen) mit einiger Wahrscheinlichkeit diagnosticirt werden kann, das eine ungünstige Prognose hat, indem es bei machtloser Therapie nach einer durchschnittlichen Dauer von 6 Monaten zum Tode führt. **Fertig** (Göttingen).

---

12) W. D. Dobromysslow. Ein Fall von transpleuraler Ösophagotomie im Brustabschnitte.

(Wratsch 1900. No. 28. [Russisch.])

Auf Anregung Prof. Ssalistschew's experimentirte D. an Hunden. Da die extrapleurale Methode von Nassilow zu wenig Raum gewährte und wegen der leicht möglichen Pleuraverwundung sehr gefährlich war, und da andererseits in Ssalistschew's Klinik einige traumatische Pleuraeröffnungen bei sofortigem Verschlusse und Aspiration der eingedrungenen Luft gut heilten, so arbeitete D. folgende Operationsmethode aus. Der Hund wird mehrere Tage lang diätetisch vorbereitet und bekommt am Tage vor der Operation nichts zu fressen. Äthernarkose, Tracheotomie, künstliche Athmung mittels Elektromotor. Bildung eines großen Lappens aus der ganzen Dicke der Brustwand (links), von der 6.—10. Rippe, längs der Rippen 10—15 cm lang, mit Stiel hinten, 2—3 cm von den Dornfortsätzen. Der Lappen wird nach hinten geklappt, die interkostalen Gefäße unterbunden, das in die Pleura gelangte Blut — höchstens 100,0 — entfernt und nun ein Schnitt über die Speiseröhre durch die Pleura geführt von der Lungenwurzel bis beinahe zum Zwerchfelle; dabei wird der N. vagus durchschnitten. Auslösung der Speiseröhre stumpf und mit dem Messer, mit meist geringer Blutung. Excision eines 3,5—4,0 cm langen Stückes, Naht der Enden mit Seide in 2 Reihen, wobei die Fäden nicht in die Schleimhaut dringen und die Muscularis 1,0—1,5 cm weit fassen. Endlich wird der Brustwandlappen an Ort und Stelle gebracht und dreireihig genäht (Interkostalräume, Muskeln, Haut); die eingedrungene Luft unter negativem Drucke (über 30 mm Hg) aspirirt und die künstliche Athmung unterbrochen. Die bei der Operation fast immer vorkommende Verwundung der anderen Pleura und des Perikards wird vernäht und ruft keine schlimmen Folgen hervor. — D. bringt die Operationsgeschichte eines Hundes, der 3 Wochen nach der Operation zu Grunde ging, wohl in Folge Überfüllung des Magens mit rohem Fleische; einige Tage nach der Operation stellten sich nach frühzeitigem Genusse harter Speise vorübergehend Stenoseerscheinungen ein. Die Sektion zeigte die Speiseröhre gut verheilt mit nur ganz geringer Dilatation oberhalb der genähten Stelle. Versuche an menschlichen Leichen überzeugten D. von der Ausführbarkeit der Operation am Lebenden, und empfiehlt er sie für passende Fälle mit Anwendung der künstlichen Respiration und nachfolgender Aspiration der eingedrungenen Luft; die letztere ist überhaupt in manchen Fällen von Pneumothorax das beste Mittel, um das Leben zu retten.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow.).

---

13) **Z. Sampirescu.** Amputations ostéoplastiques, appliquées dans la continuité des os longs des extrémités.

(Revue de chir. 1900. No. 8.)

Das Princip der von S. empfohlenen Amputationsmethode besteht darin, dass ein mit dem Weichtheillappen in Verbindung bleibendes diaphysäres Periost-Knochenstück dem Knochenstumpfe aufgepflanzt wird, um einen soliden und besonders tragfähigen Amputationsstumpf zu schaffen. Das Ziel ist demnach dasselbe, wie es besonders Bier verfolgt, dessen osteoplasische Amputationsmethoden indess von S. nicht erwähnt werden; S. wählt nur einen anderen Weg. Zum genaueren Verständnisse muss die Arbeit selbst mit ihren zahlreichen Abbildungen studirt werden. Hier sei nur kurz angegeben, dass S. zunächst unter Bildung zweier Hautmuskellappen von ungleicher Länge den Knochen in der Höhe der Spitze des kürzeren absetzt, dann ihn zur Ausschneidung eines der Größe des Knochenquerschnittes entsprechenden, dem größeren Weichtheillappen angehörenden Periost-Knochenstückes der Länge nach bis in die Markhöhle einsägt und an dessen oberem Ende quer durchtrennt und schließlich den knöchernen Stumpf etwas höher nochmals absägt. Das Knochenstück wird sodann mittels einiger Nähte gegen den Stumpf fixirt. Am Vorderarme und Unterschenkel werden 2 Periost-Knochendeckel für die betreffenden 2 Diaphysenstümpfe gebildet. — Die Dauer der Operation soll Alles in Allem nur 45—50 Minuten betragen. Ob und mit welchem Erfolge S. in der angegebenen Weise schon am Lebenden operirt hat, geht aus der als Laboratoriumsarbeit bezeichneten Abhandlung nicht hervor. **Kramer** (Glogau).

---

14) **Jedličtzer, Kratzenstein** und **Scheffer.** Die topographische Anatomie der oberen Extremitäten.

(Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern.)

Das 4. Heft dieses vorzüglichen Atlas liegt uns vor, und man muss zugestehen, dass es den 3 vorhergehenden würdig nachfolgt.

Rein äußerlich betrachtet, muss es auffallen, dass die Reihenfolge der 3 Gelenke der Extremität in Wort und Bild eine eigenthümliche ist. Zunächst wird das Ellbogengelenk geschildert und abgebildet, dann folgt das Handgelenk, und beschlossen wird das Heft mit dem Schultergelenke. Wiewohl die verschiedenen Gelenke von verschiedenen Autoren bearbeitet sind, hätte man der natürlichen Reihenfolge keinen Zwang anzuthun brauchen.

Die Bilder, die der Atlas bringt, sind durchweg ideal schön und sehr gut reproducirt, so dass sie bei Weitem alles auf dem Gebiete in anderem Verlage Erschienene übertreffen.

Besonders das vorliegende Heft befriedigt das Bedürfnis der praktischen Röntgographen, von denen jeder wohl an sich erfahren hat, dass die Deutung des Röntgenbildes manchmal schwieriger ist,

als die Aufnahme selbst; ohne Vergleichsobjekte ist da eine Entscheidung oft kaum möglich. In den Abbildungen des Atlas stehen ihm wundervolle Testobjekte zur Verfügung. **H. Wagner** (Breslau).

---

15) **Wildt.** Ein abnormes Sesambein auf der Rückseite des Kniegelenks.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. III. Hft. 5.)

W. hat 4mal ein Sesambein auf der Rückseite des Kniegelenks gefunden, das der Sehne des Semitendinosus oder Semimembranosus anzugehören scheint. Irgend welche Erscheinungen in der Funktion des Gelenks machte das Sesambein nicht. Er berechnet die Häufigkeit dieses Befundes auf 27%.

Mit diesem Befunde giebt W. aber nichts Neues, es handelt sich hier offenbar um ein längst bekanntes und beschriebenes Sesambein in der hinteren Wand der Kniegelenkskapsel, die sog. »Fabella«.

H. Wagner (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Versuch der Wiederbelebung (ad modum Prus) eines in Chloroformnarkose gestorbenen Mannes.

Von

H. Maag, Nästved in Dänemark.

Im »Centralblatt für Chirurgie« Nr. 40. 1900 war ein Artikel von Prus (Lemberg): »Über die Wiederbelebung in Todesfällen in Folge Erstickung, Chloroformvergiftung und elektrischem Schlage« referirt; das Original findet man in »Wiener klinische Wochenschrift« Nr. 20 und 21, 1900. Prus hat mit 100 Hunden experimentirt, die er durch Chloroformirung, Elektricität oder Erwürgung tödtete, und welche er dann durch Lufteinblasen in die Lungen durch eine Trachealkanüle und durch direkte rhythmische Kompressionen des bloßgelegten Herzens wieder zu beleben versuchte. Die Versuche mit Chloroform sind mit 21 Hunden ausgeführt, und von diesen gelang es Prus, 16 auf die erwähnte Weise zu beleben.

Ich habe Gelegenheit gehabt, seine Methode an einem Manne, der unter Chloroformnarkose in dem von mir geleiteten Krankenhause starb, zu versuchen, Wegen der Wichtigkeit der Sache will ich die Krankengeschichte mittheilen.

An einem 27jährigen Arbeiter wollte ich wegen einer langwierigen Ischias, die vergeblich auf andere Weise behandelt war und die den Mann arbeitsunfähig machte, eine Nervendehnung unter Chloroformnarkose unternehmen. Sein Herz war gesund, es war kein Zucker oder Albumen im Urin, und es bestanden sonst keine Kontraindikationen gegen eine Narkose. Pat. war früher ein sehr starker Trinker gewesen, hatte sich aber im letzten Jahre gänzlich des Alkohols enthalten. — Am 24. Oktober 1900, Morgens 8 Uhr begann die Narkose; nach Verlauf von 10 Minuten, in welcher Zeit Pat. das Chloroform tropfenweise auf eine Esmarch'sche Maske bekommen hat, ist er nach nur geringer Excitation so weit narkotisirt, dass er auf die Seite gelegt und die Operationsstelle gereinigt werden kann. Mit diesen Vorbereitungen gehen ca. 5 Min. hin, in welchen Pat. ruhig mit guter Respiration, gutem Puls, so wie kontrahirten Pupillen schläft. Als die Haut incidirt wird, reagirt er stark, wesshalb der Narkotiseur gebeten wird, ihm etwas

mehr Chloroform zu geben. Er bekommt indess nur einige Tropfen, weil er gleich darauf asphyktisch wird; er hat bis dahin im Ganzen 15 g bekommen. Nach den gewöhnlichen Wiederbelebungsversuchen ist er bald wieder vollständig restituirt, und die Operation wird, ohne dass weiter Chloroform gegeben wird, fortgesetzt und im Laufe einiger Minuten vollendet. Pat. wird nun abermals asphyktisch. Man wiederholt die Wiederbelebungsversuche (Hervorziehen und Traktionen der Zunge, künstliche Respiration, Klopfen des Präcordium u. s. w.) energisch, aber ohne Resultat; nach Verlauf von 10—15 Min. führe ich die Tracheotomie aus und blase durch die Kanüle Luft ein, aber Alles vergeblich! Pat. ist pulslos, ohne Respiration, kühl und cyanotisch. Ich entschließe mich nun zum Versuche der direkten Herzkompressionen. — Es wird die Resektion des 3. und 4. Kostalknorpels und eines kleinen Stückes der Rippen gemacht, der Haut-Muskel-Rippenlappen wird zur Seite gelegt, und es zeigt sich, dass der linke Pleurasack geöffnet ist. Die Hand wird sofort in diesen geführt und erfasst das Herz sammt Pericardium; es finden keine Herzkontraktionen statt. Nach wenigen rhythmischen Kompressionen des Herzens fängt dieses an zu arbeiten, erst ganz schwach, dann stärker und stärker. Es wird mit Herzkompressionen und Lufteinblasen fortgefahren. Das Herz wird mit voller Hand umfasst und theils mit dieser allein, theils durch Andrücken gegen die Hinterfläche des Sternums komprimirt. Das Lufteinblasen geschieht durch ein Gummirohr, das genau in die Kanüle passt; da dieselbe indessen nicht dicht in die Trachea passt, entschlüpft ein Theil der Luft durch Nase und Mund, wesshalb diese von einem Gehilfen komprimirt werden müssen.

Nach Verlauf ca. einer halben Stunde kommt die erste schnappende Respiration, welche tiefer und tiefer wird; aber es kommt zunächst immer nur eine einzelne Respiration; danach muss das Lufteinblasen mehrere Respirationen ersetzen; dann kommen zwei spontane Respirationen, dann drei und so weiter; etwa um 11 Uhr konnte Pat. selbständig ohne Hilfe 10 mal nach einander athmen; um $11^1/_2$ Uhr fängt er plötzlich an tief und regelmäßig Luft zu schöpfen ohne Mithilfe des Einblasens; das Herz schlägt indessen kräftig ca. 70mal in der Minute; nur ab und zu werden einige Kompressionen gemacht, um dasselbe zu stimuliren. Bei diesem Standpunkte fangen die Arterien in der Resektionswunde an zu spritzen, so dass dieselben ligirt werden müssen; auch die Tracheotomiewunde blutet. Die Pupillen sind kontrahirt, die Gesichtsfarbe ist schon lange natürlich, und Pat. klemmt die Kiefer so stark zusammen, dass es fast unmöglich ist, ihm den Mund zu öffnen. — Die Wunden werden nun genäht; die Resektionswunde nur theilweise, so dass man, falls nothwendig, das Herz von Neuem komprimiren kann. Ein paar sterile Gazestreifen werden nach Aufsaugen des Blutes aus dem Innern der Pleurahöhle in diese eingeführt; die Wunden werden steril verbunden und Pat. ins Bett gelegt.

Es sah aus, als sei alle Gefahr vorüber, nur war das Bewusstsein des Kranken nicht zurückgekehrt, und er reagirte nicht bei der Wundbehandlung. Etwa um 12 Uhr wollte ich gerade das Krankenhaus verlassen, als das Athmen plötzlich anfing schwächer zu werden und im Laufe einiger Minuten ganz aufhörte. Wir begannen abermals mit dem Lufteinblasen, aber dies Mal leider ohne Resultat. Wir machten gewöhnliche künstliche Respiration, Faradisation des N. phrenicus, Infusion von Kampheröl, Infusion von Salzwasser etc. Unterdessen schlug das Herz fortwährend voll und kräftig bis Abends 8 Uhr, als es plötzlich stille stand. Erst dann hielten wir mit dem Lufteinblasen ein. In allen diesen Stunden sah Pat. wie ein Schlafender aus, die Gesichtsfarbe war roth und die Pupillen kontrahirt; in demselben Momente dagegen, als die Herzkontraktionen aufhörten, glich er einem Todten. Die Temperatur war nur langsam gefallen, um 4 Uhr betrug dieselbe 36,9°, um 5 Uhr 36°, 6 Uhr 35,6°, $7^1/_2$ Uhr 34°. — Nach und nach hatte sich ein ziemlich bedeutender Meteorismus entwickelt; der Magen und die Gedärme waren von der Luft, welche bei dem Lufteinblasen neben der Kanüle durch Rachen und Ösophagus eingedrungen war, aufgebläht.

S e k t i o n (20 Stunden nach dem Aufhören des Herzschlages). An beiden Lungen sieht man subpleurale Ekchymosen. Die rechte Pleura adhärirt mit einem

großen Theile der Hinterfläche. An dem rechten Hilus pulmonis wird eine nussgroße verkalkte Drüse gefunden. Das Herz schlaff, die Herzklappen und Aorta gesund, das Diaphragma sehr stark nach oben gewölbt durch die starke Luftaufblähung des Magens und der Gedärme; sonst nichts Abnormes.

Dieser Fall veranlasst mich zu folgenden kurzen Bemerkungen:

1) Ich glaube, dass Prus uns den richtigen Weg angezeigt hat, wenn er uns den Versuch der Wiederbelebung von Chloroformtodten mit Lufteinblasen und direkten Herzkompressionen empfiehlt. Es ist keinem Zweifel unterworfen, dass mein Pat. wirklich wiederbelebt war, und dass nur zufällige, unglückliche Umstände bewirkten, dass die Wiederbelebung nicht von Dauer war.

2) Man muss eine Tamponkanüle zum Lufteinblasen gebrauchen, um das Eindringen der Luft in Magen und Darmkanal zu verhindern. Durch dieses Lufteindringen wird das Zwerchfell nach oben gewölbt und kann so nicht an der Respiration theilnehmen, was um so schlimmer ist, als Prus beobachtet hat, dass es gerade dieser Muskel ist, welcher zuerst die Arbeit im Dienste der Respiration bei seinen Wiederbelebungsversuchen aufnimmt. Es ist vielleicht nicht richtig, die Luft mit dem Munde einzublasen, weil diese dann schon einmal respirirt ist; doch glaube ich, dass dies nicht viel zu bedeuten hat, und jedenfalls kann man sich in der Eile nicht Maschinen für künstliches Lufteinblasen verschaffen.

3) Bei der Bloßlegung des Herzens darf man die Pleura nicht verletzen. Auf dem Chirurgenkongresse in Berlin 1899 hielt Wehr einen Vortrag über »Eine neue Methode der Eröffnung des Brustkorbes zur Bloßlegung des Herzens« — (siehe: Bericht über die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chr. XXVIII. Kongress, Beilage z. Centralblatt f. Chr. 1899 Nr. 27). — Wehr's Methode habe ich später einige Male an Leichen versucht; das Öffnen des Pericardium gelang mir in allen Fällen ohne Verletzung der Pleura, die Öffnung im Brustkorbe war aber so klein, dass man nur mit Beschwerden durch diese eine effektive Herzkompression ausführen könnte. Die Öffnung kann man aber nicht leicht ohne Beschädigung der Pleura vergrößern.

Ein weitläufigerer Bericht ist von meinem Assistenten, Hrn. Dr. Kjer-Petersen, über den Fall verfasst und in die dänische »Hospitalstidende« Nr 47, 1900 aufgenommen.

---

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

112. Sitzung am Montag, den 12. November 1900, im Krankenhause Friedrichshain.

Vorsitzender: Herr Hahn.

1) Herr Walker: Über Herznaht.

W. zeigt das Präparat von einem Herzen mit 8 Messerstichwunden, wovon mehrere perforirten; sämmtlich im linken Ventrikel, werden durch 11 Nähte geschlossen. Pat. starb $1^1/_2$ Tag später. Weiterer Fall von Herznaht des rechten Ventrikels nach Stichverletzung, starb kurz darauf. Außerdem noch 3 Fälle von Herzstichverletzung, wovon 2 ohne Naht heilten, einer starb. W. empfiehlt Resektion einer Rippe, event. Durchtrennung weiterer Rippen; dadurch genügend übersichtliche Freilegung des Operationsfeldes möglich.

2) Herr Hahn: Über operative Behandlung der Pancreatitis haemorrhagica acuta.

H. berichtet über 5 von ihm beobachtete Fälle von Hämorrhagie des Pankreas bezw. von Pancreatitis haemorrhagica acuta. Nach Fitz theilt man die Entzündungen des Pankreas in hämorrhagische, eitrige und nekrotisirende, und außerdem unterscheidet man noch reine Hämorrhagien. Wenn man schon anatomisch selten reine Formen dieser verschiedenen Entzündungen findet, so kann man noch viel weniger dieselben klinisch immer genau erkennen. Es kommen Hämorrhagien allein vor, jedoch treten sehr bald Entzündungen dazu, und aus den hämorrhagischen entwickeln sich die eitrigen; schließlich führen alle zur Nekrose des Organes. Bei allen Entzündungen können Fettgewebsnekrosen in der Umgebung des Pankreas,



im Omentum und im Mesenterium auftreten. Am seltensten kommen die Fettgewebsnekrosen bei den eitrigen, am häufigsten bei den hämorrhagischen Entzündungen und Hämorrhagien vor. Von Dr. Balser, einem früheren Assistenzarzt des Krankenhauses Friedrichshain, ist die Fettgewebsnekrose bei Pankreaserkrankung im Jahre 1877 und 1879 beobachtet, und im Jahre 1882 ist in Virchow's Archiv diese hochbedeutsame Entdeckung von Balser veröffentlicht. Man hielt in den ersten Jahren die Fettgewebsnekrose für die Ursache der Pankreaserkrankung; jetzt ist man allgemein der Ansicht, dass sie eine Folge der Pankreaserkrankung sei. Sowohl experimentelle Untersuchungen als auch Beobachtungen von Traumen des Pankreas beim Menschen, ganz besonders jüngst 2 von Simmondi und Schmidt beschriebene Fälle sprechen für die letztere Ansicht. In beiden Fällen, welche nach 36 bezw. 58 Stunden letal verliefen, war ausgesprochene Fettgewebsnekrose aufgetreten.

Als Ursache für die hämorrhagischen Entzündungen werden Fettleibigkeit, Alkoholismus, Gallensteinleiden, Magen- und Darmentzündungen, Traumen und Arteriosklerose genannt. Die Symptome sind bei den akuten Fällen so charakteristisch, dass eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen meist in dem Bereiche der Möglichkeit liegt. Die Erkrankung tritt gewöhnlich bei Männern im Alter von 40 bis 60 Jahren auf, ganz plötzlich mit sehr vehementen Schmerzen im Epigastrium, heftigem Aufstoßen, massenhaftem galligen Erbrechen, Stuhlverstopfung, Auftreibung des Leibes, besonders in der Oberbauchgegend.

Hier starker Druckschmerz, mit nach dem Drucke erfolgendem Singultus. Collapsartiger Zustand, Gesicht und Extremitäten kalt, mit kaltem Schweiß bedeckt. Gesicht cyanotisch. Temperatur niedrig, meist unter normal; Puls sehr frequent und klein bis 150. Tod in fast allen schweren Fällen in den ersten 4 bis 5 Tagen. Die von H. behandelten bezw. operirten Fälle sind:

1) 56 Jahre alter, fettleibiger Mann. Diagnose: Duodenalverschluss durch Gallensteine. Laparotomie am 28. November 1897. Kein Hindernis gefunden. Exitus letalis 10 Stunden nach der Operation. Sektionsergebnis: Pankreas- und ausgedehnte Fettgewebsnekrose.

2) 56 Jahre alter, fettleibiger Mann, Weintrinker. Diagnose schwankt zwischen Pankreasnekrose und Duodenalverschluss. Am 10. März 1898, am 4. Tage der Erkrankung, ausgedehnte Laparotomie. 11. März 1898 Tod. Sektionsergebnis: Hämorrhagische Pankreatitis und Fettgewebsnekrose.

3) 49 Jahre alter, gut genährter Gärtnereibesitzer. Symptome dieselben, ganz besonders schwer. Puls sehr klein, kaum zu fühlen und sehr frequent. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Pankreasnekrose; nicht ausgeschlossen Duodenalverschluss oder Perforationsperitonitis. Am 1. Mai 1900 kleine Incision, wenig eingreifende Operation, wodurch deutlich die Fettgewebsnekrose erkannt werden kann. Von jedem weiteren Eingriffe wird daher Abstand genommen. Jodoformgazedrainage und Naht der Wunde. Sofort nach der Operation, durch welche eine größere Menge sanguinolenter Flüssigkeit entleert wurde, sowohl im subjektiven als auch objektiven Befinden erhebliche Besserung, die schnell zu Heilung führt.

4) 48 Jahre alter Lehrer. Erkrankung am 14. Juli 1900 nicht mit so schweren Erscheinungen als bei den zuletzt genannten 3 Kranken, da der Puls nicht so frequent und Stuhlentleerung zu erzielen war; dennoch am 4. Tage plötzlich Exitus letalis.

5) 24 Jahre alter Musiklehrer. Schussverletzung durch Leber und Pankreas am 27. Januar 1899. Laparotomie eine Stunde nach der Verletzung. Entfernung von ca. 1 Liter Blut aus der Bauchhöhle. Jodoformdrainage sämmtlicher Schussöffnungen. Stuhl. Temperatur nicht über 38,2. Heilung.

Bei Betrachtung des Verlaufes dieser Fälle muss der glatte Verlauf des letzten Falles auffallen, bei welchem neben der Pankreasverletzung ein enorm starker Blutverlust stattgefunden hatte, im Vergleich mit den beiden ersten und dem 4. Falle, die zum Tode führten, obwohl sie nicht von einem nennenswerthen Blutverluste begleitet waren. Es muss demnach bei diesen Fällen eine andere Ursache für den

schweren Verlauf vorhanden gewesen sein, wahrscheinlich etwas Infektiöses, da die Kranken den Eindruck einer schweren Infektion bezw. Intoxikation machten.

Im 3. Falle gelang es, durch eine Incision und Entleerung der in der Bauchhöhle befindlichen blutigen Flüssigkeit eine sofortige Besserung zu erzielen.

H. räth daher dringend von der jetzt allgemein geübten und empfohlenen symptomatischen und abwartenden Behandlung ab und empfiehlt bei Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf hämorrhagische Pankreatitis, welche sich immer wird leicht stellen lassen, eine kleine Incision in der Mittellinie unterhalb des Nabels zu machen, bei Feststellung von Fettgewebsnekrose von jedem weiteren operativen Eingriff Abstand zu nehmen, das vorhandene blutige Sekret zu entfernen. Jede eingreifende Operation ist bei so hochgradig kollabirten Kranken zu verwerfen. Eine Verwechslung wird bei den sehr charakteristischen Symptomen in den meisten Fällen nur mit einem Obturationsileus mit hochsitzendem Hindernis gemacht werden können. Wenn keine Fettgewebsnekrose vorhanden ist, dann wird es sich bei den in diesem elenden Zustande befindlichen Kranken auch bei einem Ileus empfehlen, durch die kleine Incision allmählich den Dünndarm vorzuziehen und abtastend abzusuchen.

Nimier hat im Jahre 1893 empfohlen, bei Hämorrhagien des Pankreas die Laparotomie zu machen, das Lig. gastro-hepaticum zu durchtrennen, auf das Pankreas vorzudringen und durch Anwendung des Paquelin oder Jodoformdrainage die Blutung zu stillen. Diese Operation ist ebenfalls als eine zu eingreifende nicht zu empfehlen, besonders da die Gefahr nicht bedingt wird durch die Größe der Blutung.

Diskussion: Herr Zeller hat einen Pat., bei dem er die Diagnose mit größter Wahrscheinlichkeit auf akute hämorrhagische Pankreatitis gestellt hatte, der Abtheilung des Herrn Geh.-Rath Sonnenburg überwiesen. Pat. ist unter exspektativer Behandlung geheilt.

Ein kräftiger fettleibiger, sonst gesunder Mann in den dreißiger Jahren hatte 6 Wochen vor der Erkrankung einen Anfall von starken Schmerzen im Epigastrium, Magenbeschwerden und Stuhlverstopfung durchgemacht, der bald vorüberging. Jetzt ganz plötzlich erkrankt, heftige Schmerzen, die nach links ausstrahlen, im Epigastrium, hartnäckige Stuhlverstopfung, die weder durch Eingießungen noch durch innere Abführmittel, selbst Krotonöl, zu beseitigen war. Schweres Krankheitsgefühl, große Unruhe, kein Fieber, Leib mäßig aufgetrieben, stark gespannt. Auffallend eine deutlich sichtbare Vorwölbung in der Magengegend, oberhalb welcher die Pulsation außerordentlich schmerzhaft ist. Links unterhalb des Rippenbogens handbreit ist der Perkussionsschall abgeschwächt. — Keine Darmgeräusche, keine Peristaltik. Collaps. Kalter Schweiß. Puls sehr klein. Übelkeit, Aufstoßen, zuweilen Erbrechen. — Der Befund erinnert lebhaft an den von Sarfert veröffentlichten Fall. — Im Urin kein Eiweiß, kein Zucker. Unter Behandlung mit Magenausspülungen, Darmeingießungen etc. allmähliche Besserung. Am 7. Tage erfolgte auf Rhabarber Stuhl. Die Dämpfung im linken Hypochondrium wurde deutlicher, hier blieb auch noch längere Zeit starke Schmerzhaftigkeit bestehen, die dann allmählich nachließ. Doch war 5 Monate nach der Erkrankung die Dämpfung noch nachweisbar, die Palpation im Bereiche derselben noch schmerzhaft, im Übrigen aber das Befinden des Pat. sehr gut.

Herr Brentano berichtet über einen Fall, in dem es sich um eine Blutung in und um das Pankreas gehandelt haben dürfte, der aber ohne Operation zur Heilung kam.

46jähriger Mann mit starkem Panniculus, seit einer Reihe von Jahren magenleidend, erkrankt ganz akut 2 Tage vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus Am Urban unter Stuhlverstopfung mit Erbrechen und Leibschmerzen.

Status: Starke Auftreibung des Leibes, besonders der Oberbauchgegend. Druckempfindlichkeit und undeutlich quer verlaufende Resistenz in der Tiefe daselbst nachweisbar. Leichte Schallabschwächung über der 3.—4. unteren linken Rippe, zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie. Pat. sieht anämisch aus, kein

Fieber. Puls 108. Kein Zucker im Urin. Die Diagnose schwankt Anfangs zwischen akutem Ileus und Pankreaserkrankung.

Am Tage nach der Aufnahme erfolgt auf wiederholte Eingießungen Stuhlgang, und die Dämpfung und Resistenz wird deutlicher. Letztere erweist sich beim Aufblähen des Magens und Darmes als hinter diesen Organen gelegen. Die Probepunktion im Bereiche der Dämpfung ergiebt eine an Himbeerwasser in der Farbe erinnernde Flüssigkeit, die keine Bakterien und außer rothen Blutkörperchen keine morphologischen Elemente enthält. Behandlung rein exspektativ. 4 Wochen nach seiner Aufnahme verließ Pat. als geheilt, aber stark abgemagert, das Krankenhaus. Resistenz und Dämpfung waren verschwunden.

Vortr. glaubt mit Rücksicht auf den akuten Anfang, die Symptome und das Resultat der Probepunktion, dass eine Blutung in und um das Pankreas bei seinem Pat. vorgelegen hat, und dass sich der Bluterguss resorbirte, ehe er inficirt wurde.

Herr Körte hält die Ableitung des Exsudates durch einen kleinen Eingriff für sehr gut, falls der Process im Pankreas auf einem gewissen Grade stehen bleibt. Halstead ist ähnlich verfahren, macht einen kleinen Einschnitt; nach Feststellung einer Hämorrhagie des Pankreas näht er den Bauch wieder zu.

In einem Falle, Schuss am Colon vorbei, mit Zerreißung einer Dünndarmschlinge, bei dem K. eine Darmresektion vorgenommen, fand sich bei der Sektion eine Pankreasverletzung mit Fettnekrosen. In einem anderen Falle, Perforation des Duodenum, dicht an der Papille, hatte der Ausfluss von Pankreassekret Fettnekrosen bewirkt.

Herr Hermes hat 2mal in der Annahme einer akuten Pankreatitis operirt, er fand aber 1mal Appendicitis resp. Ulcus ventriculi mit Peritonitis, das andere Mal Lipom der Mittellinie mit Darmeinklemmung. Beide Fälle verliefen letal.

Herr Hahn hält das Übergehen in ein chronisches Stadium für möglich, glaubt aber doch, dass durch den kleinen Eingriff Zeit gewonnen wird.

Jedenfalls hat er den einen für moribund anzusehenden Pat. dadurch gerettet.

3) Herr Sörensen: Über stenosirende Dünndarmtuberkulose.

Bericht über 3 Fälle von Dünndarmstenose tuberkulösen Ursprungs aus der Privatpraxis von Herrn E. Hahn. In einem Falle handelte es sich um einen 54-ährigen Mann, bei dem eine solitäre ringförmige Stenose des unteren Dünndarmes akuten Ileus verursachte, nachdem 4 Jahre lang die Erscheinungen inkompleter Obstruktion vorangegangen waren. Der 2. Fall betraf eine 25jährige Frau, die Tochter des vorigen Kranken, die seit 4 Monaten an chronischem Ileus litt. Man fand bei ihr außer einem typischen tuberkulösen Ileocoecaltumor ringförmige Stenosen des Ileum. Der 3. Kranke war ein 30jähriger Mann, bei welchem ebenfalls ein Ileocoecaltumor und 10 in der Entstehung begriffene Dünndarmstenosen gefunden wurden. In allen 3 Fällen wurde zur Ausschaltung der erkrankten Darmpartie eine Enteroanastomose angelegt. Auf Resektion des Darmes im Gesunden wurde verzichtet, in Fall I wegen des akuten Ileus, in Fall II und III wegen sehr großer Ausdehnung des erkrankten Gebietes und schlechten Kräftezustandes des Pat. Die Resultate waren gut. Fall I ist seit 8 Jahren, Fall II seit 12 Monaten völlig gesund. Bei Fall III ist seit der Operation noch zu kurze Zeit verstrichen, um entscheiden zu können, ob durch den Eingriff dauernde Heilung erzielt worden ist.

4) Herr Neumann: Zur operativen Behandlung der Dilatatio ventriculi bei Pylorospasmus und Hyperacidität.

N. kritisirt die bisher geübte operative Behandlung der Magendilatation bei funktioneller Pylorusstenose und bestehender Hyperacidität. Er widerräth — wenn überhaupt eine operative Therapie nicht zu umgehen ist — die Gastroenterostomie als erste in Frage kommende Operation, weil nach dieser Operation durch das weitere Durchpassiren der Speisen durch den Magen die Schleimhaut desselben immer wieder zu abnorm starker Absonderung von Salzsäure angeregt wird und diese Salzsäure an der der Gastroenterostomose gegenüberliegenden Wand des Jejunum leicht zur Bildung eines Ulcus pepticum Anlass geben kann. Als ein sehr

interessantes Beispiel eines solchen Falles führt er die Krankengeschichte eines von Hahn operirten Pat. an. Ein 24jähriger Arbeiter bietet seit 6 Jahren die Symptome einer hochgradigen Magendilatation mit großen, abnorm viel freie Salzsäure enthaltenden Rückständen und einer Pylorusstenose, die Anfangs als eine organische aufgefasst wurde, im weiteren Verlaufe, weil sie von selbst zurückging, als eine funktionelle sich erwies. Da jede innere Therapie versagte, wird am 29. März 1897 die Gastroenterostomie nach Wölfler, wegen Circuluserscheinung und bleibender Hyperacidität am 10. Mai 1897 die Enteroanastomie ausgeführt. Darauf ein halbes Jahr keine Beschwerden, dann von Neuem Übelkeit, Aufstoßen, selten Erbrechen und Schmerzattacken, die von der Nabelgegend ausgingen; daselbst April 1898 kleinapfelgroßer, höckriger Tumor. Am 2. Mai 1898 Spaltung des fibrösen Tumors, Eröffnung einer in den Magen führenden Fistel, Heilung der Fistel durch Auskratzung und Tamponade. Herbst 1899 wieder intensivere Schmerzen an der Operationsstelle, am 28. November 1899 zweite Laparotomie, Jejunum mit der vorderen Bauchwand verwachsen, in den fibrösen Verwachsungen ein Geschwür des Jejunum und der vorderen Bauchwand. Excision des Geschwürs sammt den fibrösen Massen. Dabei breite Eröffnung des Jejunum, Vernähung des Jejunum, Sicherung der Naht durch darüber genähtes Netz. Pat. am 12. Januar 1900 geheilt entlassen. Am 29. Juli in der Bauchdeckennarbe spontane, geschwürige Perforation, die schnell markstückgroß wird und alle Nahrung nach außen fließen lässt. Am 6. August Verschluss der Fistel durch einen gestielten Hautfettlappen aus der rechten Bauchwand. Am 22. August Lappen verdaut, dritte Laparotomie. Nochmalige Lösung und Entfernung aller neugebildeten Verwachsungen. Dabei muss ein Stück vorderen Leberrandes excidirt werden, und der Magen erhält ein 3markstückgroßes Loch, an dessen unterem Rande die in einer Entfernung von 5 cm auf 1 cm Breite reducirte Verbindungsbrücke der beiden Jejunumschenkel hängt. Resektion dieser Verbindungsbrücke nach Lösung des Jejunum von dem Magen. Isolirter Verschluss der Magenwunde für sich und eben so jedes der beiden Jejunumlumina. Am 12. November 1900 vollkommen subjektives Wohlbefinden des Pat. Objektiv nur eine mäßige Hyperacidität, sonst nichts Abnormes. 12 Pfund Gewichtszunahme.

Auf Grund der vorgeführten Krankengeschichte und in Rücksicht auf die anderen bisher publicirten Fälle von Ulcus pepticum nach Gastroenterostomie kommt N. zu folgendem Schlusse: Bei der Magendilatation wegen Pylorospasmus und mit Hyperacidität empfiehlt es sich, wenn jede innere Therapie versagt, die Jejunostomie auszuführen als diejenige Operation, bei welcher der Magen eine Zeit lang vollkommen aus dem Verdauungsgeschäft ausgeschlossen wird. Die Jejunostomie ist hier die rationellere und einfachere Operation, und sie hindert nicht, dass, wenn nöthig, sekundär unter günstigeren Verhältnissen die Gastroenterostomie hinzugefügt wird.

Diskussion: Herr Alberti machte folgende Beobachtung: Ein 52jähriger Sattler leidet seit 1894 an Magenbeschwerden, die seit 1897 noch zunahmen; starke Hyperacidität (über 2%). Diagnose: Pylorusstenose.

Bei der Operation fand sich ein ringförmiger Tumor des Pylorus, Serosa intakt. A. glaubte radikal vorgehen zu müssen; als er aber das Omentum abgelöst hatte, war der Tumor plötzlich verschwunden, daher Operation nach Heineke-Mikulicz. Seit derselben Verschwinden der Beschwerden, die also wohl nur durch bloßen Spasmus bedingt waren.

Herr Körte: Ein von ihm operirter und geheilter Fall von Ulcus pepticum zeigte nicht Pylorospasmus, sondern war unter dem Verdachte eines Pyloruscarcinoms operirt; er würde wegen Pylorospasmus nicht die Gastroenterostomose machen.

5) Herr Seefisch: Bericht über einige Fälle von Pankreascyste.

Die 4 Fälle, über welche S. ausführlich berichtet, wurden innerhalb der letzten 10 Jahre im Krankenhause Am Friedrichshain beobachtet.

Die Cyste war in dem 1. Falle als mannskopfgroße, prallelastische, deutlich fluktuirende Geschwulst sichtbar. Im Harn viel Eiweiß, kein Zucker. — Bei der

Operation wurde nach Durchtrennung des Omentum minus eine grüngelbe, alkalische, starke eiweißhaltige Flüssigkeit entleert, die Cystenwand in die Bauchwunde eingenäht. Heilung.

Im 2. Falle war durch die Cyste der Leib aufgetrieben wie bei einer Schwangeren im 6. Monate, die Geschwulst genau medial gelagert, nicht ins kleine Becken hineinragend. — Laparotomie. Entleerung der Cyste mittels Trokar, Einnähung der Öffnung. Drainage.

In dem 3. Falle (40jähriger Mann) erfolgte Spontanheilung, resp. Perforation in den Darm. Die deutlich fühlbar gewesene kindskopfgroße Geschwulst verschwand nach einem scharfen Risse plötzlich unter den Erscheinungen von Diarrhöe und dem Gefühl einer kolossalen Erleichterung.

Der letzte Fall (12jähriger Knabe) konnte auf ein Trauma, Überfahrung durch einen Lastwagen, während der Pat. auf dem Bauche lag, zurückgeführt werden. 3 Wochen nach der Verletzung wurde ein Hämarthros durch Punktion entleert, nach weiteren 3 Wochen allnächtliches Auftreten einer Vorwölbung im Epigastrium, deutliche Resistenz, Plätschergeräusch. Die Diagnose wurde auf Pankreascyste traumatischen Ursprungs, d. h. Pseudocyste des Pankreas gestellt. Bei der Operation fanden sich Magen und Omentum minus vor dem Tumor gelagert; Probepunktion durch das Omentum minus hindurch ergab wasserklare Flüssigkeit. Da die Eröffnung der Cyste von hinten, der Regio lumbalis aus, leichter ausführbar erschien, wurde der Pat. zur Seite gelagert; plötzlich perforirte die Geschwulst unter einem dumpfen Knall. Pat. wird wieder auf den Rücken gelegt, die Cyste nunmehr von vorn eröffnet, Einnähung der Cystenwand, die aus 2 dünnen Blättern besteht, in die Bauchwunde, Drainage.

Die Cystenflüssigkeit (untersucht von Hansemann und Zuntz) enthält: Leucin- und Thyrosinkrystalle, vereinzelte rothe Blutkörperchen und Leukocyten, vereinzelte große Zellen mit großem Kern, massenhafte, meist etwas abgerundete glänzende, schwach gelblich gefärbte Tafeln (abgestorbene Peritonealepithelien). Durch Verdauungsversuche wurden alle drei Fermente festgestellt, nämlich: ein peptisches, diastatisches und fettspaltendes.

Gemeinsam ist allen 4 Fällen, dass bei keinem Ausfallserscheinungen von Seiten des Pankreas (Fettstühle, Diabetes) beobachtet wurden. Das verhältnismäßig häufig auftretende Eiweiß im Urin ist wohl als Stauungseiweiß anzusprechen in Folge Druckes der Cysten auf die Nierengefäße. Nach Beseitigung der Cyste verschwindet das Eiweiß meist sehr schnell aus dem Urin.

6) Herr Hahn: Demonstration zweier Präparate von Ulcus duodeni.

H. erwähnt, dass beide Kranken, von denen die Präparate herrühren, nur 24 Stunden in der chirurgischen Station des Krankenhauses Friedrichshain sich befunden und zu chirurgischen Eingriffen keine Indikation geboten haben.

Der eine betrifft eine 28 Jahre alte Frau, welche bis vor 14 Tagen stets gesund gewesen ist und erst vor 14 Tagen mit heftigen Schmerzen in der Magengegend erkrankte, welche nach beiden Seiten des Leibes ausstrahlten. Seit ca. 3 Tagen Blutbrechen, welches in der letzten Nacht so profus wurde, dass Pat. in derselben Nacht unter den Erscheinungen hochgradiger Anämie starb. Die Sektion (Prof. Hansemann) ergab im Magen ein großes Blutcoagulum. Auch die Dünndarmschlingen sind mit Blut reichlich angefüllt. Ungefähr 22 cm unterhalb des Pylorus im Duodenum ein Geschwür, aus dem sich fetzige nekrotische Massen hervorstülpen. In diesem Geschwüre sitzt ein borstenartiger, 3,5 cm langer Holzspahn mit spitzen Enden, so dass nur ½ cm von demselben in das Duodenum hineinragt. Die Umgebung des Geschwürs ist infiltrirt bis auf die Aorta. Diese ist perforirt in Ausdehnung bis über Linsengröße. Die Perforationsstelle liegt über der Theilungsstelle der Aorta in die Artt. iliacae.

Das zweite Präparat stammt von einem 2 Tage alten Kinde, dessen Eltern und Geschwister gesund sind. Wegen Abganges von erst geringeren, dann größeren Mengen Blutes aus dem Mastdarme wird das Kind hierher gebracht.

Kräftiges, gut ausgetragenes Kind von sehr blasser Hautfarbe. Es tritt wiederholt Blutabgang per rectum ein. Die Quelle der Blutung wird nicht gefunden. Unter zunehmender Schwäche am folgenden Tage nach der Aufnahme Exitus letalis.

Bei der Sektion werden 2 Geschwüre unterhalb des Pylorus, ein ringförmiges und ein ovales gefunden; an ersterem ragt an einer Seite ein Gefäßstumpf weit in das Lumen des Darmes.

Die Därme sind mit Blut angefüllt. Die anderen Organe ohne Besonderheiten. Anzeichen von Syphilis sind nicht vorhanden. **Sarfert** (Berlin).

---

17) **R. M. Stone.** A death from the Schleich mixture.

(New York med. record 1900. August 11.)

Ein Todesfall durch Herzparalyse bei einer 23jährigen Frau von anscheinend guter Gesundheit während der Appendektomie, trotz vorsichtiger Anästhesirung durch einen Berufsnarkotiseur, mag hier registrirt werden. Bei 441 Anwendungen mit 13mal schweren Symptomen und diesem 1. Todesfalle hält S. aufrecht, dass die auch hier angewendete Schleich'sche Mischung eine ruhigere Narkose gestatte, welche freier von Erbrechen und Übelkeit (auch später) sei und von größerer Sicherheit bleibe, als Äther und Chloroform. **Loewenhardt** (Breslau).

18) **K. Neck.** Über Stauungsblutungen nach Rumpfkompression.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 163.)

N. bringt 2 neue einschlägige Beobachtungen (aus dem Krankenhause Bergmannstrost in Halle und dem Spitale in Chemnitz), die sich durch bislang in Folge der fraglichen Verletzung noch nicht zur Notiz gelangte Erscheinungen auszeichnen. Fall 1 zeigte nämlich als Grund der vorhandenen Sehstörungen am 5. Tage nach der Verletzung kleine frische Blutungen in der Macula und frische Glaskörperblutungen. Hierdurch war Herabsetzung der S auf $^4/_{12}$ und ein centrales Skotom bedingt. In den bislang publicirten Fällen sind zwar auch schon Sehstörungen publicirt, doch bisher nur bedingt durch extrabulbäre Blutungen und Blutstauungen. Fall 2 zeichnet sich durch ungewöhnlich weite Ausbreitung der Blutextravasate aus. Es war die eine Thoraxseite fast vollständig, die andere (linke) zur Hälfte charakteristisch blauroth verfärbt, während in den bisherigen Fällen die Brust frei geblieben war. Demnach können also alle Gebiete, welche das Blut nach der Cava superior liefern, von Stauungsblutungen befallen werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

19) **M. B. Schmidt** (Straßburg). Über seltene Spaltbildungen im Bereiche des mittleren Stirnfortsatzes.

(Virchow's Archiv Bd. CLXII. p. 340.)

Es wird in dieser Arbeit 1) eine kongenitale schleimhäutige Cyste der Nasenwurzel mit Doggennase; 2) eine wahre mediane Oberlippenspalte; 3) eine Arhinencephalie und 4) eine gliomatöse Geschwulst des Nasenrückens beschrieben. Die innere Zusammengehörigkeit dieser 4 Missbildungen ist dadurch bedingt, dass dieselben alle in das Bereich des mittleren Stirnfortsatzes fallen. **Fertig** (Göttingen).

20) **H. Zimmermann.** Ein Osteom des Sinus frontalis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 354.)

Der von Oberst (Halle) operirte Fall betrifft einen Kellner, der seine Krankheit auf vor ca. $2^3/_4$ Jahren erhaltene Ohrfeigen zurückführte. Nach ca. $1^1/_2$ Jahre »Kleinerwerden« des linken Auges, Sehverschlechterung mit Doppelbildern, Vorwölbung der linken Augenbrauengegend, seit den letzten Tagen auch entzündliches Ödem des oberen Augenlides. Schnitt in der Augenbraue, der schleimige, trübe Flüssigkeit entleert. Nach Abhebelung des Periostes zeigt sich die vordere Stirnhöhlenwand perforirt, auch neben der Perforation stark verdünnt, und erscheint in



der Höhle eine knöcherne, höckerige, von Schleimhaut überzogene Geschwulst. Abmeißelung der vorderen Sinuswand, wonach ein Raspatorium unter die Geschwulst geführt und unter ziemlicher Gewalt die kartoffelgroße Geschwulst herausgehebelt bezw. herausgebrochen wird. Die Nasen- und Augenhöhle sind medialerseits breit eröffnet, die stark erweiterte Stirnhöhle mit dicksulziger, ödematöser Schleimhaut ausgekleidet, welche sauber herausgeputzt wird. In der Tiefe innen und oben vom Foramen opticum doppeltlinsengroßer Schädelknochendefekt, mit Sichtbarkeit der Hirnpulsation und Abfluss von Hirnflüssigkeit. Naht, Drainage etc., glatte Heilung mit Beseitigung sämmtlicher Sehstörungen, obwohl das linke Auge etwas tiefer gestellt blieb. Die Geschwulst zeigt eine starke, kompakte Rindenschicht, welche einen in den Stiel der Geschwulst übergehenden Markcylinder umkleidet, so dass ihr Durchschnitt dem eines Röhrenknochens nicht unähnlich ist. Nirgends fanden sich knorplige Bestandtheile in derselben. Z. sieht dieselbe darum als ein Produkt appositionellen periosteogenen Wachsthums an. Da auch in den sonst beschriebenen Fällen derartiger Geschwülste nie knorplige Elemente gefunden wurden, hält Z. überhaupt die von Arnold vertretene Entstehung derselben aus ossificirenden Knorpelresten für unhaltbar und spricht sich für die Entstehung derselben durch periostale Knochenneubildung aus. Die traumatische Entstehung der Geschwulst (durch die Ohrfeigen) lässt Z. als zweifelhaft dahingestellt.

Photogramme des Pat. vor und nach der Operation, dessgleichen solche der Geschwulst sind beigegeben, die Autoren, die über das Leiden bisher geschrieben haben, angezogen (doch fehlt Angabe des Erscheinungsortes dieser Publikationen).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) **A. Carle.** Contributo alla chirurgia della tiroide.

Turin, **Roux & Frassati,** 1899.

In seiner hochinteressanten Arbeit theilt Prof. C. die Resultate seiner Studien über die Schilddrüsenkrankheiten mit und fasst die Erfahrungen zusammen, die er bei deren chirurgischer Behandlung gesammelt hat.

Die Statistik, die er giebt, ist sicherlich die umfangreichste, die in Italien veröffentlicht wurde; denn sie umfasst 425 Operationen wegen Schilddrüsengeschwülsten, die von 1881 bis 1898 in der chirurgischen Abtheilung des Ospedale Mauriziano in Turin (gelegen am Ausgange von Alpenthälern, in denen der Kropf endemisch ist) ausgeführt wurden.

Die von ihm selbst ausgeführten Operationen belaufen sich auf 323, davon 298 wegen gutartigen und 27 wegen bösartigen Kropfes.

Nach einer kurzen Darlegung der Indikationen zur Operation, aus welcher hervorgeht, dass er hierbei die strengsten Kriterien befolgt, zählt C. die wichtigsten Besonderheiten auf, die sich auf die topographische Lage und die pathologisch-anatomischen Merkmale der von ihm operirten Fälle beziehen.

In 65 Fällen traf er die Kocher'sche Thyreoptosis an; in 15 Fällen war die Geschwulst hinter das Brustbein gesunken; in 7 handelte es sich um annuläre Kröpfe, in 2 saß der Kropf hinter der Speiseröhre, in 4 bestanden versprengte Kröpfe, nämlich ein accessorischer Intrathoracalkropf, eine Cyste in der Regio suprahyoidea lateralis, ein Kropf der Supraclaviculargrube und ein solcher an der Zungenwurzel.

Nach einigen Betrachtungen über die Einzelheiten seiner Technik fasst C. die Resultate seiner Operationen zusammen, von denen zahlreiche wegen sehr voluminöser Kröpfe vorgenommen wurden.

Die Resultate sind ausgezeichnete: C. hatte nur 6 Todesfälle auf 298 wegen gutartigen Kropfes ausgeführte Strumektomien (2%), die sich wie folgt vertheilen: 94 Enukleationen mit 1 Todesfall (1%), 109 methodisch ausgeführte Exstirpationen eines Lappens und partielle Resektionen mit 2 Todesfällen (1,86%), 89 kombinirte Operationen (Exstirpation eines Lappens und Resektion eines Theiles vom anderen) mit 3 Todesfällen (3,48%), 6 atrophisirende Ligaturen der Schilddrüse ohne Todesfall.

Verf. theilt sodann ausführlich die Geschichte der tödlich ausgegangenen Fälle, so wie die während und nach der Operation aufgetretenen Komplikationen mit; Heilung per primam intentionen erhielt er in 85% der Fälle.

Sehr interessant sind die Dauererfolge seiner Operationen, die er bei $^1/_3$ der Operirten durch Nachuntersuchung, einige nach 12—13 Jahren sicher stellen konnte.

Die Fälle, in denen wirkliches Recidiv auftrat, sind sehr selten: unter 228 Operationen hatte er nur in 5 Fällen eine zweite Operation vorzunehmen; dies waren alles günstige Fälle, da sich die Degeneration auf die ganze Drüse erstreckt hatte.

Erwähnenswerth sind die unmittelbaren und fernen Resultate, die C. in 6 Fällen mittels Ligatur der 4 Schilddrüsenarterien erhielt; in einem dieser Fälle bestand Basedow'sche Krankheit. Diese Resultate beweisen die Vortrefflichkeit der Methode, die sich bei diffusen Hypertrophien und vascularisirten oder rasch wachsenden Kröpfen bei jungen Individuen anwenden lässt.

Außer dem mittels Ligatur der Schilddrüse behandelten Falle operirte C. noch 4 weitere Fälle von Basedow'scher Krankheit. Alle Operirten, mit Ausnahme eines, erfuhren durch die Operation eine bedeutende Besserung.

Ferner berichtet C. über 15 Fälle von eitriger Thyreoiditis und 2 typische Fälle der von Riedel beschriebenen chronischen Thyreoiditisform.

Im zweiten Theile seiner Arbeit handelt C. von den bösartigen Kröpfen: er operirte 19 Carcinome und 8 Sarkome, außerdem nahm er in 3 Fällen nur die Tracheotomie vor. 8mal exstirpirte er die ganze Drüse, mit 3 Misserfolgen und 2 seit $1^1/_2$ resp. 2 Jahren anhaltenden Heilungen; in 2 Fällen trat nach 3—6 Monaten Recidiv auf; nur 1 Fall zeigt Erscheinungen von Kachexia strumipriva.

Von den 19 mit partieller Operation behandelten Pat. starben 5 in den ersten Tagen nach der Operation, bei 7 trat nach 3—18 Monaten Recidiv auf, und 5, die vor 1—2—5 Jahren operirt wurden, sind noch am Leben. Von diesen letzteren sind 2 Fälle ganz besonders interessant, indem die beiden Operirten als definitiv geheilt betrachtet werden können.

Die Arbeit schließt mit 3 sehr interessanten Fällen von Schilddrüsenmetastasen, deren klinische und pathologisch-anatomische Merkmale eingehend beschrieben sind. C. erörtert die zur Erklärung der Metastasen aufgestellten Theorien und nähert sich der Anschauung, dass diese Metastasen bildenden Schilddrüsengeschwülste, trotz der Adenomstruktur, echte Carcinome seien.

Wegen ihrer Reichhaltigkeit an neuen pathologisch-anatomischen und klinischen Beobachtungen ist die C.'sche Monographie als ein sehr werthvoller Beitrag zur Therapie der Schilddrüsenkrankheiten anzusehen und verdient gelesen zu werden. **Galeazzi** (Turin).

22) **E. Payr.** Über blutige Reposition von pathologischen und veralteten traumatischen Luxationen des Hüftgelenkes bei Erwachsenen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 14.)

Die bisherigen Erfahrungen über blutige Reposition irreponibler Hüftverrenkungen sind noch gering, an Erwachsenen fehlte es bis jetzt überhaupt an Operationen, so dass die in vorliegender Arbeit gelieferte Berichterstattung über 3 in der Grazer Klinik behandelte Fälle von Interesse ist. Fall 1 und 3 betreffen postrheumatische iliacale Spontanluxationen bei einem 18jährigen Tagelöhner und einer 20jährigen Magd, Fall 2 eine mit Fraktur der Pfanne kombinirte traumatische Verrenkung bei einem 29jährigen Arbeiter. In Fall 1 und 3 veranlasste die durch die Verrenkung und Stellungsänderung des Beines (Adduktion, Flexion) verursachte hochgradige Verkürzung die Operation. Durch letztere ist bei dem einstweilen schon als geheilt und sehr gut arbeitsfähig entlassenen Pat. die Gesammtbeinverkürzung von früher 9 cm jetzt auf ca. 3 cm herabgedrückt. Ein Mangel ist aber, dass das Bein in adducirter Stellung ankylosirt ist, wesshalb die Vornahme einer diese korrigirenden Osteotomie noch vorbehalten bleibt. In Fall 3 gelang zwar auch die operative Redressirung der Verrenkung, doch ist in diesem Falle, der übrigens durch Wundinfektion gestört ist, die Heilung noch nicht voll-

endet. Die traumatische Verrenkung in Fall 2, neben der noch andere hier nicht interessirende Verletzungen vorlagen, war vor 21 Tagen erworben. Das Bein stand adducirt und war verkürzt, aber weder ein- noch auswärts rotirt. Der Schenkelkopf war bis in die Pfannengegend reponibel, schlüpfte aber wieder in Luxationsstellung, so dass, zumal am Darmbeine ungewöhnliche Körper (Knochenfragmente?) tastbar waren, auf eine atypische Verletzung geschlossen und zur Operation geschritten wurde. Bei dieser wurde dann die Zertrümmerung des oberen Pfannentheiles in 3 Fragmente konstatirt, von denen 2 unter sich und mit dem Reste der Pfanne durch Silberdrahtnähte vereinigt wurden. Dann Reposition. Gute Heilung mit nicht ganz 1 cm Verkürzung und leidlicher Beweglichkeit. (Beugung bis 80°, Ab- und Adduktion ca. 25—30°, Rotationen 20°.)

In allen 3 Fällen wurde der Kocher'sche Resektionsschnitt benutzt. Der transversale Theil desselben schont am besten die Glutäalmuskulatur, während sein vertikaler nach genügender Entblößung des oberen Schenkelendes die Pfanne gut zugänglich macht, worauf viel ankommt. Denn die längere Zeit vom Kopfe verlassene Pfanne füllt sich stets mit massigen, derben, knorpelähnlichen Schwarten, die ausgeräumt werden müssen. Hierzu sind derbe Instrumente, selbst Meißel erforderlich. Nicht leicht ist bei den erforderlichen tiefen, großen Operationswunden und ihrer Lage an schlecht völlig sauber zu haltender Körpergegend die Durchführung der Asepsis. Am meisten wird sich drainirende Gazetamponade nach v. Mikulicz mit nur theilweiser Wundnaht empfehlen. Im Ganzen scheint die permanente Extension den Vorzug zu verdienen, da sie die bei reichlicherer Wundsekretion häufiger nöthigen Verbände bequem macht und gestattet, die richtige Lage der Extremität jeder Zeit zu kontrolliren. Nach vollendeter Wundheilung wird man unter günstigen Bedingungen für Mobilmachung des Gelenkes zu sorgen haben, häufig aber wird man sich mit Heilung in Ankylose, aber in verbesserter Stellung begnügen müssen.

Die einschlägige Litteratur ist erschöpfend herangezogen. Hervorzuheben ist noch die gründliche Durchsprechung der anatomischen Veränderungen bei veralteten Luxationsfällen, Nearthrosenbildung, Osteophytenwucherung etc.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

23) **M. Katzenstein.** Über Fremdkörper in Gelenken, nebst einer Bemerkung zur Asepsis der Operationen und der Behandlung der Meniscusablösung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 313.)

K. entfernte nach Arthrotomie ein Nähnadelstück aus dem Knie eines 6jährigen Mädchens. Das Kind war vor 2 Monaten aufs Knie gefallen, wobei eine kleine blutende Stelle mit Pflaster verklebt war. Es folgte ein hartnäckiges Synovialexsudat mit Beweglichkeitseinschränkung und öfteren blitzartig auftretenden heftigen Schmerzen. Der Verdacht auf einen eingedrungenen Fremdkörper wurde durch die Skiaskopie, welche in der Kniekehlengegend ein Nadelstück zeigte, bestätigt. K. versuchte zunächst nach einer einfachen Bloßlegung der Kniegelenkkapsel ohne deren Eröffnung mittels gebogener Seitenschnitte durch Haut, Fascie und Seitenbänder durch Palpation die Nadel aufzufinden, was aber misslang. Vielmehr musste das Gelenk quer aufgeschnitten und aufgeklappt werden. Jetzt fühlt man mit einer Sonde, die zwischen dem lateralen Rande des Condylus med. fem. und dem Lig. cruciat. post. in den hinteren medialen Recessus eingeführt war, die Nadel. Die Extraktion derselben war erst nach völliger Durchtrennung des Lig. accessorium med. dicht am Knochen möglich. Versenkte Kapselnaht etc., glatte Heilung mit völliger Beweglichkeit.

In der Besprechung des Falles zählt K. die wenigen sonst publicirten Fälle von Gelenkfremdkörpern auf. (Ein neuer findet sich in Hartmann's Arbeit: »Behandlung der akut primär synovialen Eiterungen der großen Gelenke«. Dorn in der Bursa subcruralis genu.) Er stimmt König in seiner Forderung bei, beim Aufschneiden großer Gelenke zur Sicherung der Asepsis thunlichst ausschließlich

mit Instrumenten, nicht mit den Händen zu arbeiten. Auch ist noch zu bemerken, dass K. bei seiner Operation eine abnorme Loslösung des medialen Semilunarknorpels von der Tibia vorfand und Anlass nahm, denselben durch Nähte an das mediale Seitenband und die Gelenkkapsel zu befestigen. Er glaubt, dass dies Verfahren öfter eine Exstirpation des Meniscus ersetzen kann.

Der Arbeit sind die betreffenden Knieradiogramme und ein Bild des geheilten Kindes beigegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **Franz.** Beitrag zur Frage der freien Gelenkkörper.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 383.)

F. entfernte aus dem Kniegelenke eines Soldaten einen Gelenkkörper, der zweifellos traumatischen Ursprunges war. Pat. hatte beim Bajonettiren einen Stoß vor die Brust erhalten, wonach er mit dem rechten Knie nach innen umknickte und auf den Rücken fiel. Starker Hämarthros, nach dessen Abschwellung an der Außenseite der Gelenkkörper fühlbar und hier auch ausgeschnitten wurde. Es war ein etwa 2 cm langes und breites Knorpelstück, an einer Seite mit einem umgebogenen Rande und innenseits etwas Knochensubstanz zeigend. Der Form nach schien es von einem Femurcondylus zu stammen. Der Fall beweist die Möglichkeit einer relativ schweren Zerstörung der Gelenkoberfläche durch ein leichtes indirektes Trauma. Histologisch verhielt sich der Fremdkörper normal. (Osteochondritis dissecans also ausgeschlossen.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

25) **Wegner.** Erweiterung unserer Kenntnisse über Patellarfrakturen ohne Diastase durch das Röntgenbild.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 157.)

W. veröffentlicht aus der Berliner Charité Krankengeschichte und Röntgenbild von 3 Fällen, in denen feine partielle Rissspalten der Kniescheibe durch Radiographie festgestellt wurden. Es waren also sog. »subligamentöse« unvollkommene Frakturen, von denen bekannt ist, dass die Streckfähigkeit des Knies bei ihnen erhalten bleibt. In 2 der hier publicirten Fälle konnten die Patt. sogar noch Treppen steigen. Ohne das Röntgenbild wäre die Verletzung kaum erkennbar gewesen; denn tasten ließ sich der Spalt im Knochen nicht. Der 3. Fall kam erst 4 Monate nach der Verletzung in die Klinik, wobei sich eine erhebliche Quadricepsatrophie herausstellte. Derselbe ist auch dadurch von Interesse, dass hier der Bruch indirekt durch Muskelzug entstanden war, ein Mechanismus, der sonst nur schwere Bruchformen mit weitem Klaffen der Fragmente zu bewirken pflegt. Sitz der Bruchstelle war, wie in der Regel bei Muskelrissbrüchen, die Übergangsstelle vom Kniescheibenkörper in die Spitze. Da bei ungenügender Schonung aus dem unvollkommenen Patellarbruche leicht ein vollkommener werden kann, liegt der Werth der Diagnose solcher Verletzungen auf der Hand.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

26) **J. Grzes.** Über die Erfolge der Unterbindung der Vena saphena nach Trendelenburg bei Varicen der unteren Extremitäten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 2. p. 501.)

Die Unterbindung der V. saphena wurde seit 1896 in der v. Hacker'schen Klinik 26mal, und zwar stets nur bei positivem Trendelenburg'schen Versuche ausgeführt. In 2 Fällen traten blande Thrombosen der V. saphena ohne schwerere Störungen, 3mal Recidive ein; im Übrigen aber waren die Erfolge sowohl bezüglich des Rückganges der Varicen als auch begleitender Beingeschwüre durchaus günstig. Die Operation wird daher mit Recht empfohlen, und zwar insbesondere auch für die militärärztliche Praxis, da 3% der wegen unbehebbarer Invalidität aus dem Heere Ausgeschiedenen wegen Varicen entlassen werden.

Honsell (Tübingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. Sonnabend, den 12. Januar. 1901.

Inhalt: I. **H. Reerink**, Die Behandlung der frischen Luxation der Peroneussehnen. — II. **C. Bayer**, Eine Vereinfachung der plastischen Achillotomie. — III. **Rathmann**, Ein neuer Handoperationstisch. (Original-Mittheilungen.)

1) **Villaret**, Handwörterbuch der gesammten Medicin. — 2) **v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz**, Handbuch der praktischen Chirurgie. — 3) **Chiari**, Die pathologische Anatomie im 19. Jahrhundert. — 4) **Löhlein**, Tuberkulöse Peritonitis. — 5) **Elger**, Pseudomyxom des Bauchfells. — 6) **Peronidi**, Anatomie des Blinddarmes. — 7) **Rotter**, Perityphlitis. — 8) **Taillens**, 9) **Phelps**, 10) **Grosse**, Zur Herniologie. — 11) **Talma**, Säurereaktion des Magens. — 12) **Manger**, Typhöse Darmperforation. — 13) **Villard**, Gastroduodenostomie. — 14) **Vidal**, Darmverschluss. — 15) **Rauch**, Hämorrhoiden.

16) **Jochner**, Chirurgische Mittheilungen. — 17) **Ssokolow**, Ascites. — 18) **Grandmaison**, 19) **Souligoux**, 20) **Le Filliatre**, 21) **Bender**, 22) **Bouglé**, 23) **Kaposi**, 24) **Roger**, Appendicitis. — 25) **Phelps**, 26) **Diederich**, 27) **Hansson**, 28) **Lejars**, Herniologisches. — 29) **Laurent**, Magenschuss. — 30) **Kirstein**, Darmverletzungen. — 31) **Hume**, Magengeschwür. — 32) **Moullin**, 33) **Lauenstein**, 34) **Dehler**, Magenblutungen. — 35) **Jacobs**, 36) **Berglund**, 37) **Sorge**, Pylorusstenose. — 38) **Martens**, 39) **Riese**, Darmverengerungen. — 40) **Bier**, Darmverstopfung durch Mullkompresse. — 41) **Gérard-Marchant**, Verengerung des Blinddarmes. — 42) **Zimmermann**, Dickdarmkrebs. — 43) **Meisel**, Analfisteln. — 44) **Ford**, Lebersarkom. — 45) **Bryant**, Pankreatitis. — 46) **Lexer**, Fötale Inklusion der Bauchhöhle.

I.

Die Behandlung der frischen Luxation der Peroneussehnen.

Von

Privatdocent Dr. **H. Reerink,**

I. Assistent der chirurgischen Klinik Freiburg i/Br.

Herr Oberleutnant S. glitt, als er während eines Übungsrittes sein Pferd besteigen wollte, der linke Fuß sich im Steigbügel befand und er sich mit dem rechten Fuße gerade vom Boden abgestoßen hatte, in dem glatten Steigbügel aus. Die ganze Körperlast ruhte hierbei für einen Moment auf dem im Steigbügel nach innen umgeknickten Fuße. Bei dem Versuche, sich doch noch im Steigbügel zu halten, erfolgte ein, auch für die Umstehenden hörbares, knallartiges Geräusch, und Herr S. verspürte zu gleicher Zeit im linken Fuße einen so intensiven Schmerz, dass er zu Boden sank. Auf sein Pferd gehoben konnte er langsam nach Hause reiten.

Der sofort herbeigerufene Stabsarzt Herr v. P. nahm folgenden Befund auf: Im Zunehmen begriffene erhebliche Schwellung der Fußgelenksgegend. Die Peroneussehnen sind als fester Strang vor und auf dem äußeren Knöchel zu fühlen. Der Knöchel selbst zeigt großen Druckschmerz. Der Fuß liegt in Spitzfußstellung, wobei die Fußspitze nach innen abweicht.

Bewegungen im Fußgelenke sind sehr schmerzhaft. Hebung der Fußspitze zur rechtwinkligen Stellung des Fußes schafft Erleichterung. (Der Fuß wurde zunächst auf Volkmann'sche Schiene gelagert und eine Eisblase aufgelegt.)

Ich sah den Kranken noch am Tage des Unfalls, hielt aber bei der starken Schwellung in der ganzen Umgebung des Malleolus ext. zunächst jeden Versuch, die Sehnen sofort zu reponiren, für aussichtslos und rieth, das Nachlassen der Schwellung abzuwarten.

6 Tage später suchte Herr S. die Klinik auf.

In No. 24 des Jahrganges 1895 dieses Blattes berichtet mein Chef, Herr Hofrath Kraske, über einen durch Operation geheilten Fall einer habituellen Luxation der Peroneussehnen; er bespricht dabei auch kurz den Entstehungsmodus der nach seiner Ansicht recht seltenen Verletzung. Die auf seine Veranlassung von L. Schneider vorgenommenen Leichenversuche zeigten, dass durch gewaltsame, die Fußgelenke distorquirende Bewegungen die Luxation nicht zu Stande gebracht werden konnte. »Die gewünschte Verletzung trat aber sofort ein, wenn der leicht supinirte und plantarflektirte Fuß durch einen plötzlichen Zug an den Peroneusmuskeln in die extendirte und abducirte Stellung hineingerissen wurde.«

Der von mir vorstehend beschriebene Fall ist für diesen Entstehungsmodus geradezu die Probe auf das Exempel. Der im Steigbügel nach innen umgeknickte, also supinirte und adducirte Fuß, auf dem in diesem Momente die ganze Körperlast ruht, soll unter dieser Belastung so zu sagen in einem Rucke wieder extendirt und abducirt werden. Dabei erfolgt ein auch für die Umstehenden hörbares Geräusch, und der Versuch, sich noch weiter im Steigbügel zu halten, muss wegen eines intensiven Schmerzes aufgegeben werden. Unmittelbar darauf wurde die Verschiebung der Peroneussehnen über und vor dem Malleolus ext. konstatirt.

Mit Kraske sind auch die anderen Autoren, namentlich König, darüber einig, dass »eine Verschiebung der Sehnen auf den äußeren Knöchel nicht zu Stande kommen kann, ohne dass der feste, die Fascie verstärkende Bandstreifen zerreißt, welcher als oberes Retinaculum die Sehnen in der hinteren Furche des Knöchels festhält«. König macht direkt die Größe der Dislokation von der Ausdehnung der Zerreißung der Fascie resp. der Retinacula abhängig. In wie weit gelegentlich eine individuelle Disposition zu der Luxation in Folge mangelhafter Ausbildung der Malleolarrinne vorhanden ist, mag hier nicht weiter erörtert werden.

Während somit über Ätiologie und Mechanismus der Luxation Einigkeit erzielt ist, lässt sich dasselbe von der Behandlung nicht sagen. Darin sind ja die Autoren einig, dass bei einer einmal habituellen Luxation nur noch ein operativer Eingriff Heilung herbei-

führen kann. Ein Ersatz für das zerstörte Retinaculum wurde durch Benutzung eines dem Malleolus ext. entnommenen Periostknochenlappens bewerkstelligt. Kraske schlug denselben »wie eine Binde beim Renversé« um und befestigte ihn, die äußere Periostfläche nach einwärts, mit seiner Spitze an das den Calcaneus bedeckende Gewebe. König bog ihn um und vernähte ihn mit seinem unteren Rande an der peronealen Sehnenscheide und dem Nachbargewebe.

Bei der Behandlung einer frischen Luxation liegen die Verhältnisse anders. Knaak (Die subkutanen Verletzungen der Muskeln; Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens, Heft 16) fixirt die Aufgabe der Behandlung dahin, »nach Beseitigung der ersten Entzündungserscheinungen (Hochlagerung, Massage, elastische Bindeneinwicklung) die dauernde Retention der Sehnen in ihrer normalen Lage herbeizuführen«. Er citirt aber König und Kraske falsch, wenn er sagt, dass beide nur von der operativen Behandlung einen wirklichen Erfolg erwarten. Kraske betont nur, dass bei veralteten Fällen der Versuch, durch fixirende Verbände noch Heilung zu erzielen, ganz aussichtslos ist. So leicht die frische Luxation zu diagnosticiren ist, so schwierig und unsicher ist allerdings seines Erachtens die Behandlung. In der Mehrzahl der Fälle wird nach seiner Ansicht desshalb die Luxation habituell. König nimmt im Gegentheil an, dass die Reposition meist leicht gelingt und »eben so das Festhalten der Sehne mittels eines Kompressivverbandes, welcher nach einigen Tagen durch einen feststellenden Kleister- resp. Gipsverband ersetzt werden kann«. Eine Durchsicht der Litteratur rechtfertigt diese Behauptung König's nicht ganz. Einen völlig einwandsfreien Fall von Heilung einer frischen Luxation habe ich nicht auffinden können. Entweder fehlt jede weitere Beobachtung nach zum Theil nur kurzer Behandlungsdauer (2 Fälle von Jarjavay, 1 Fall von Blanluet), oder es wurde noch nach Monaten das Weitertragen von Apparaten und Bandagen empfohlen (Curling, Beach). Auch Fälle wie die von Jarjavay und Gutierrez, in denen nur der Peroneus brevis luxirt gewesen und nach 14 Tagen durch fixirende Verbände Heilung erzielt worden sein soll, sind wohl mit Vorsicht aufzunehmen. Dabei fehlen Berichte über Untersuchungen, die längere Zeit nach Abschluss der Behandlung angestellt worden wären, völlig. Ich fand eine solche Angabe nur bei Miller (Über Sehnen- und Muskelluxationen. Inaug.-Diss., Straßburg 1892, betr. Pat. von Ledderhose), der seinen Kranken nach $1^1/_2$ Jahren wieder untersuchen und dauernde Heilung konstatiren konnte. Leider geht aus der Krankengeschichte nicht mit Sicherheit hervor, ob beide Sehnen luxirt gewesen sind, und ob eine vollständige Luxation vorgelegen hat. Der Pat. war einige Tage mit hydropathischen Verbänden und dann etwa 6 Wochen mit Gips resp. Wasserglasverband behandelt worden.

In dem oben von mir beschriebenen Falle haben wir versucht, die Fixation der Sehnen an ihrer normalen Stelle durch Anlegung eine Anzahl senkrecht zur

Längsrichtung der Sehnen verlaufenden Heftpflasterstreifen zu bewirken. Wir legten einen solchen etwa 1½ cm breiten und 6—8 cm langen Streifen (von Unna-schem Zinkpflaster) in der Höhe des Retinaculum inf., einen zweiten direkt oberhalb des Malleolus ext. und einen weiteren noch etwa 2 cm höher an. Die Sehnen wurden dadurch so fest fixirt, dass auch durch stärkere Supinationsbewegungen des Fußes eine Änderung in ihrer Lage hinter dem Malleolus ext. nicht bewirkt wurde. Nach weiteren 4 Tagen wurde ein mäßig gepolsterter Gipsverband angelegt und Herr S. damit nach Hause entlassen. Hier ist der Gipsverband nach 14 Tagen entfernt und, als die dauernde Retention der Sehnen konstatirt wurde, erneuert und noch 3 Wochen getragen worden. Mit täglicher Massage während einiger Wochen schloss die Behandlung ab. Der Pat. hat während dieser Zeit seinen Fuß geschont und nur zuletzt allmählich wieder zum Gehen benutzt. Auf eine Anfrage hin war Herr S. so liebenswürdig, mir mitzutheilen, dass er sich am 1. Oktober des Jahres (also ¼ Jahr nach Eintritt der Verletzung) für den Dienst als Bezirksadjutant gesund gemeldet habe. »Beschwerden empfinde ich bei meiner jetzigen Thätigkeit nicht.« Anfang November konnte ich das dauernd gute Resultat konstatiren. Die Sehnen gleiten in normaler Weise in ihrer alten Lage wie am anderen Beine, weder aktive noch forcirte passive Bewegungen lassen ein abnormes Verhalten erkennen. Eine Atrophie der sehr kräftig entwickelten Muskulatur des Unterschenkels lässt sich nicht nachweisen.

Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass die durch die Zinkpflasterstreifen bewirkte exakte Fixation der Sehnen in ihrer Malleolarrinne wesentlich zu dem erzielten Resultate beigetragen hat. Dass auf eine solche sehr viel resp. Alles ankommt, ist a priori einleuchtend. König räth desshalb auch direkt, bei leicht wiederkehrender Verschiebung die Sehnen sammt dem umgebenden Gewebe, nachdem man sie unter antiseptischen Kautelen durch einen Schnitt bloßgelegt hat, vermittels Katgutnähte provisorisch in ihren Retinaculis zu fixiren.

Das Eine beweist unser Fall sicher, dass die anatomischen Verhältnisse für eine Wiederanheilung resp. -vereinigung der zerrissenen Fascie und auch des Retinaculums selbst günstig liegen können. Denn ohne eine solche ist die Wiederherstellung normaler Verhältnisse nicht denkbar. Es liegt kein Grund vor, daran zu zweifeln, dass die Verhältnisse in der großen Mehrzahl der Fälle die gleichen sind. Wir würden im Wiederholungsfalle vielleicht sogar davon absehen, über die Heftpflasterstreifen überhaupt noch einen Gipsverband anzulegen. Auf jeden Fall werden sie den von König vorgeschlagenen operativen Eingriff Behufs provisorischer Fixation der Sehnen unnöthig machen.

Der äußerst heftige circumscripte Druckschmerz am untersten Ende des Malleolus ext. hat uns noch veranlasst, am 8. Tage nach der Verletzung eine Röntgenaufnahme zu machen. Der Knochen erwies sich völlig intakt.

Der Mittheilung von Kraske sind seiner Zeit mehrere über die operative Behandlung der habituellen Sehnenluxation gefolgt (Staffel, Kramer, Riese).

Der Zweck dieser kurzen Mittheilung wäre erreicht, wenn sie gleichfalls zur Veröffentlichung ähnlicher Fälle anregen würde, um dadurch auch die Erfolge der nichtoperativen Behandlung frischer Luxationen der Peroneussehnen völlig klar zu stellen.

II.

Eine Vereinfachung der plastischen Achillotomie.

Von

Prof. **Carl Bayer** in Prag.

Im Jahre 1891 habe ich auf Grund eines gelungenen Falles die plastische Verlängerung der Achillessehne durch ⌐L-förmige offene Discision statt der üblichen subkutanen, einfachen queren Trennung zur Behandlung der paralytisch-spastischen Spitzfüße in Vorschlag gebracht (Prager medicin. Wochenschrift 1891, No. 35) und habe später (dieselbe Wochenschrift 1897, No. 45 und 46) über die damit erzielten günstigen Resultate berichtet. Eine kurze Notiz darüber erschien auch 1898 No. 10 in diesem Centralblatt, bei welcher Gelegenheit ich auch über die Anwendung des gleichen Verfahrens zur Verlängerung der Beugesehnen der Finger bei *Dupuytren*'scher Kontraktur und des M. sterno-cleido-mastoideus bei muskulärem Schiefhals Mittheilung machte.

Seitdem habe ich noch eine weitere Anzahl von paralytisch-spastischen Spitzfüßen bei Kindern und Erwachsenen in gleicher Weise operirt und gefunden, dass die Enderfolge immer gut waren. Nur Eins empfand ich dabei als Mangel, nämlich die Hautwunde zur Bloßlegung der Sehne und die nothwendigen Nähte. In der Gegend der Achillessehne sind Narben immer ein Nachtheil. Nach einiger Überlegung kam ich zu der Überzeugung, dass sowohl die Bloßlegung der Sehne als auch deren longitudinale Trennung in zwei gleiche Hälften ganz und gar *überflüssig* sind, und dass es vollkommen ausreichen müsse, von der *gedachten* Mittellinie der Sehne die eine Hälfte oben am Muskel nach der einen Seite, die andere unten am Calcaneus nach der anderen Seite einfach *subkutan zu tenotomiren* und die Lösung der beiden Sehnenhälften von einander, die ja dank der Parallelfaserung durch Zug am Calcaneus spontan eintreten müsse, dem Redressement zu überlassen.

So war es auch, als ich am 6. November v. J. an einem geeigneten Falle nach diesem Plane die Operation vornahm. Die Durchschneidung der Sehnenhälften wurde in der Weise ausgeführt, dass ein schmales Tenotom subkutan bis zur Mitte der Sehne vorgeschoben und die Sehnenhälfte von hinten nach vorn durchtrennt wurde. Es schien mir dies wegen der genaueren Bemessung der Mitte praktischer zu sein, als in der üblichen Weise »die Sehne aufs Messer nehmend« — von vorn nach hinten zu tenotomiren. Nach dem Eingriffe, der ein paar Sekunden Zeit in Anspruch nahm, waren bloß zwei Einstiche da, der eine seitlich innen oben, wo die Sehne in den Muskelbauch übergeht, der andere seitlich außen unten am Calcaneus; es war in dem Falle nöthig, die Sehne um ihre ganze Länge zu

verlängern. Bei der Überführung des Spitzfußes in die korrekte Stellung lösten sich die Sehnenhälften und glitten schön an einander; der intakte Hautüberzug brachte ihre Querschnitte korrekter zusammen, als es der Naht möglich ist. — Nach Abnahme der Schiene und des Verbandes, 8 Tage später, waren die Stichöffnungen geheilt, stand der Fuß normal, und konnte, wenn man von dem schmächtigeren Aussehen der operirten Seite absah, mit Rücksicht auf die Konfiguration der Achilles-Sehnengegend zwischen rechts und links sonst kein Unterschied wahrgenommen werden. Nach weiteren 8 Tagen konnte der Kranke schon vollkommen schmerzlos mit voller Planta auftreten.

III.

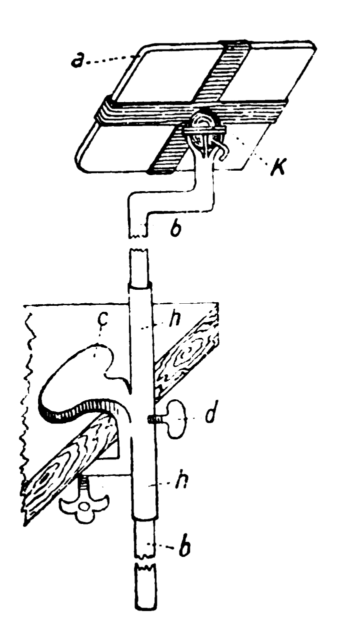
Ein neuer Handoperationstisch.

Von

Dr. **Rathmann** in Mühlhausen i/Thür.

Bei allen Operationen an den oberen Extremitäten macht sich stets der Mangel eines geeigneten kleinen Operationstisches bemerkbar.

Die bisher übliche Form ist folgende: Der zu operirende Pat. liegt auf dem großen Operationstische, und der zu operirende Unterarm etc. wird dann auf einen daneben gestellten kleineren Tisch gelegt. Diese Art und Weise hat neben großer Unbequemlichkeit vielerlei Mängel.



Der hauptsächlichste Fehler besteht darin, dass der Tisch stets nur in der horizontalen Ebene sich befindet. Dadurch werden Operationen bei Ankylosen im Ellbogengelenk oder bei sonstigen Anomalien stark beeinflusst. Häufig konnte dann der Tisch gar nicht gebraucht werden, sondern ein Assistent musste den betreffenden Arm in der geeigneten und erforderlichen Weise halten.

Da der Tisch ferner stets dieselbe Höhe besitzt, so kommt es vor, dass der Tisch bald zu hoch, bald zu niedrig ist und in Folge dessen nicht benutzt werden kann.

Diesen Mängeln hilft die neue Form des Handoperationstisches in vollkommener Weise ab. Die Konstruktion des Tisches ist folgende:

Die Tischplatte besteht aus einer starken Glas- oder emaillirten Eisenblechplatte (*a*), welche mittels eines darunter befindlichen Kugelgelenkes (*k*) in jede Stellung gebracht und in der-

selben festgehalten werden kann. Das Kugelgelenk nun steht in Verbindung mit einem winklig gebogenen Stabe (*b*), der in 'einer Hülse (*h*) leicht auf und ab geschoben und in der gewünschten Höhe durch eine Schraube (*d*) fixirt werden kann. Die Hülse (*h*) wiederum lässt sich durch eine Befestigungszwinge (*c*) mit Klemmschraube an jeden anderen Tisch anschrauben.

Die Vortheile eines solchen Tisches sind klar und deutlich erkennbar.

1) Der Tisch lässt sich an jeden anderen, schon vorhandenen Tisch leicht befestigen.

2) Er kann in jeder, für den einzelnen Fall nöthigen Höhe und Ebene eingestellt werden.

3) Die Tischplatte kann, da sie aus Glas bezw. Metall hergestellt ist, bequem und sicher keimfrei gehalten werden.

4) Der Tisch weist keine komplicirte Konstruktion auf, nimmt sehr wenig Raum ein, ersetzt eine sonst nothwendige Assistenz und kann nach vollendeter Operation leicht wieder vom großen Operationstische entfernt werden.

Auch für vielerlei andere Maßnahmen ist der Tisch verwendbar; er kann als Instrumententisch, Irrigatorständer etc. benutzt werden.

In Folge seiner Vielseitigkeit, Einfachheit und bequemen Handhabung ist die Anschaffung eines solchen Handoperationstisches dringend zu empfehlen.

Der Tisch wird von der Firma Alexander Schädel, Leipzig, Reichstraße geliefert, welche die Anfertigung und den Verkauf des patentamtlich geschützten Tisches übernommen hat.

---

1) **Villaret.** Handwörterbuch der gesammten Medicin. 2. und gänzlich neubearbeitete Auflage. 2. (Schluss-)Band.

Stuttgart, **E. Enke,** 1900. 1180 S.

Das encyklopädische Werk liegt zum 2. Male vollendet vor. Es ist natürlich, dass in so kurz gefassten Artikeln, wie sie bei einem zweibändigen, die ganze Medicin umfassenden Werke nur möglich sind, die einzelnen Themata vielfach nur eine abnorm scharfe, fast einseitige Beleuchtung erfahren, dass Manches als sicher und erwiesen hingestellt wird, was bei genauer Kritik doch noch recht zweifelhaft erscheint. Aber sich genauer über den Stand dieser oder jener Frage zu unterrichten, den Zweck hat ein solches kurz gefasstes Wörterbuch auch nicht; es will dem Arzte Gelegenheit bieten, sich rasch zu informiren, wenn Eile Noth thut, oder er über dieses oder jenes Neue hört und liest, was ihm bisher entgangen oder worüber er sich nicht klar ist, neue Medikamente, Heilverfahren, Kurorte etc. Und dafür ist das Wörterbuch bei seiner großen Vollständigkeit und bei der Wissenschaftlichkeit, durch die es sich auszeichnet, sehr zu empfehlen. Einen besonderen Werth für einen Jeden, der sich auch mit fremdländischer medicinischer Litteratur beschäftigt, bietet es dadurch,

dass, abgesehen von den trefflichen etymologischen Erklärungen der einzelnen internationalen technischen Ausdrücke, allen deutschen noch die französischen, englischen und italienischen Bezeichnungen angereiht sind. Dies allein schon hat den Ref. das Wörterbuch von Anfang seines Erscheinens an oft in die Hand nehmen lassen. — Der Druck ist sehr klar, die 2. Auflage weit handlicher als die erste.

Richter (Breslau).

---

2) Handbuch der praktischen Chirurgie. Bearbeitet und herausgegeben von Prof. E. v. Bergmann, Prof. P. v. Bruns und Prof. J. v. Mikulicz. 11.—20. Lieferung.

Stuttgart, F. Enke, 1900.

20 Lieferungen des trefflichen Werkes liegen jetzt vor, der 1. und 2. Band und die 1. Hälfte des 3. sind vollendet, vom letzten ist nur noch die kleinere Hälfte nachzuliefern. Es dürfte somit kaum noch $^1/_2$ Jahr vergehen, bis wir das volle Werk — etwa 2 Jahre nach dem Beginne des Erscheinens — in Händen haben.

Im 1. Bande, der die Chirurgie des Kopfes enthält, hatte Kümmel die Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen noch zu Ende zu führen; es folgen diesen die Erkrankungen der Mundhöhle — namentlich auch die Zungenkrankheiten — von Partsch, und den Abschluss bilden, in etwas wunderbarer Weise unter beide Vorgenannte vertheilt, die Erkrankungen des Rachens.

Die 2 den 2. Band schließenden Lieferungen enthalten nach der Vollendung der Krankheiten der Brustdrüsen (Angerer) — in ungewohnter Anordnung — die Missbildungen, Verletzungen und Erkrankungen des Beckens von Steinthal und aus der Feder Henle's die Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarkes und der Wirbelsäule.

Im 3. Bande Abtheilung I — dessen 1. Lieferung schon früher angezeigt ist, haben v. Mikulicz und Kausch die Krankheiten des Magens und Darmkanals — exkl. die des Mastdarmes — behandelt. Diesem Abschnitte eingefügt sind 2 Kapitel über Ileus und über Appendicitis aus der Feder von Schlange; danach folgt Kehr mit einem Abschnitte über die chirurgischen Krankheiten von Leber, Milz und Bauchspeicheldrüse; den Abschluss bildet die Lehre von den Hernien von Graser. Auch hier also eine etwas eigenthümliche, in einer neuen Auflage vielleicht zu ändernde Aufeinanderfolge der Kapitel.

Auch Band 4 zerfällt, wohl in Rücksicht auf die Handlichkeit, in 2 Halbbände. Von dem 1. derselben ist erst Lieferung 1 ererschienen, in der Schreiber die Erkrankungen und Verletzungen der Schulter und des Oberarmes behandelt, ohne das Kapitel schon abzuschließen; der Schlusshalbband dagegen liegt in 3 Lieferungen fast vollendet vor. Er beginnt mit den Erkrankungen von Hüfte und Oberschenkel, die Hoffa, auf diesem Gebiete besonders bewandert, zum Verf. haben; an ihn schließt sich Reichel mit den Krankheiten

des Kniees und Unterschenkels an, während das von Nasse vor seinem frühen Tode schon weit geförderte Manuskript über die Krankheiten des Fußes von Borchert vollendet worden ist.

Gute Zeichnungen, zum Theil Originale, zum Theil besten Mustern entnommen — darunter auch nicht wenig Skiagramme — sind dem Texte reichlich eingefügt. Die Operationslehre ist natürlich, wie stets in den deutschen Lehrbüchern der Chirurgie, gut berücksichtigt, mit besonderer Vorliebe aber im 3. Bande, weil sie sich bei den Operationen in der Peritonealhöhle noch immer in reger Weiterentwicklung befindet, und es hier mehr als an anderen Stellen auf die penibelste Berücksichtigung aseptischer Vorsichtsmaßregeln und gewisser technischer Maßnahmen handelt, die eine genaue Darstellung finden.

Dem vollendeten 1. und 2. Bande ist je ein Inhaltsverzeichnis und ein Sachregister eingefügt.

Dem Lobe des Werkes, das ja später wohl noch einen etwas einheitlicheren Charakter, eine natürlichere Anordnung und manchen Zusatz bekommen dürfte, hat Ref. nach dem früher Gesagten nichts hinzufügen; er hofft, dass es eine möglichst weite Verbreitung finden, und wünscht, dass es recht viel studirt werden möge.

Richter (Breslau).

---

3) **H. Chiari.** Die pathologische Anatomie im 19. Jahrhundert und ihr Einfluss auf die äußere Medicin.

Jena, **G. Fischer,** 1900.

In seinem in der ersten allgemeinen Sitzung der diesjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage giebt C. zunächst einen Überblick über die historische Entwicklung der pathologischen Anatomie, welche in den Namen Rokitansky, Virchow, Koch kulminirt. Sodann wird der Einfluss derselben auf die äußere Medicin geschildert, insbesondere die Erkenntnis des anatomischen resp. cellularen Sitzes der Krankheiten, ihrer Verbreitungswege und ihrer Prognose, vor Allem auf dem Gebiete der genaueren Vorgänge bei der Wundheilung, den Infektionskrankheiten, den Neubildungen und Knochenkrankheiten.

Mohr (Bielefeld).

---

4) **Löhlein.** Zur Diagnose der tuberkulösen Peritonitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

Die Diagnose der abgesackten tuberkulösen Peritonitis kann oft großen Schwierigkeiten begegnen. L. weist auf einige Punkte hin, die, wenn auch nicht im Stande, absolute Sicherheit zu geben, doch geeignet sind, wichtige Anhaltspunkte zu bieten. Er fand in reichlich der Hälfte der in den letzten Semestern vorgestellten Fälle links von der Mittellinie den Schall deutlich gedämpft, während nach rechts von der Mittellinie allmählich immer deutlicher ausgesprochener Darmton nachzuweisen war. Auch bei der Vergleichung der abhängigsten Partien beiderseits fand sich linkerseits recht häufig die

Dämpfung viel ausgesprochener als rechts. L. sucht die Ursache darin, dass das erkrankte Mesenterium bei seiner Retraktion in der Richtung gegen die Radix mesenterii hin die Darmschlingen gegen die Mitte und die rechte Seite der Bauchhöhle hin heranzieht. Der Lagewechsel, das Eindrücken des Fingers oder Plessimeters kann die Dämpfungsfigur modificiren, eben so wie vorherige Vertheilung der Darmschlingen von Einfluss ist. Jedoch hat abgesehen davon dies Symptom eine gewisse, wenn auch bescheidene Bedeutung für die Praxis. Ein weiteres Zeichen, das sich für die Diagnose vieler hierher gehöriger Fälle wohl verwerthen lässt, ist der durch die Untersuchung vom Mastdarme aus geführte Nachweis von Tuberkeleruption auf der Serosa des Cavum Douglasii, und zwar ganz besonders wo die Diagnose mit Ovarialkystom schwankt. Ferner kann man sich so über die event. Heilung des Processes im weiteren Verlaufe orientiren.

Wo der Douglas vom hinteren Scheidengewölbe aus gut zugänglich ist, soll man nicht vernachlässigen, die Eröffnung hier zu machen, da man auf diesem nahegelegten und außerordentlich einfachen Wege nicht allein die Diagnose schnell klar legt, sondern auch gleichzeitig das in Frage kommende Heilverfahren durchgeführt hat.

Borchard (Posen).

---

5) **J. Eiger.** Über Pseudomyxom des Bauchfelles.

Diss., St. Petersburg, 1900. (Russisch.)

Um die Frage zu lösen, ob das Pseudomyxom des Bauchfelles eine selbständige oder bloß sekundäre Krankheit ist, untersuchte E. 3 Fälle aus Prof. Lebedew's Klinik und kommt zu folgenden Schlüssen: Das Pseudomyxom entwickelt sich immer bloß sekundär nach Ruptur von pseudomyxomatösen Ovarialcysten. Die letzteren sind keine Schleimgeschwülste, sondern Drüsenkystome mit äußerst dünnen und leicht zerreißlichen Wänden. Gelangt nun der Inhalt dieser Cysten in die Bauchhöhle, so ist der weitere Verlauf verschieden, je nachdem die Cyste eine alte, keine lebensfähigen Elemente mehr enthaltende war oder umgekehrt. War der Cysteninhalt nicht mehr keimfähig, so ruft er bloß eine reaktive Peritonitis hervor; die pseudomyxomatösen Massen werden von Gefäßen und Bindegewebsleisten durchwachsen und schließlich resorbirt. Anders gestaltet sich der Verlauf, wenn die Elemente noch lebensfähig sind: zu der Peritonitis gesellt sich dann eine Inokulation der Geschwulstpartikel ins Bauchfell und eine Entwicklung echter sekundärer Cysten, die ihrerseits pseudomyxomatöse Massen produciren können. — In beiden Fällen kann das Bauchfell mikroskopisch dasselbe Bild bieten. — Die Therapie besteht in möglichst früher Operation: in der Entfernung der geplatzten Geschwulst und Reinigung des Bauchfelles von den Pseudomyxommassen. Zuweilen führt das zur Heilung, doch bleiben in anderen Fällen Geschwulstpartikel zurück und geben nach einigen Jahren Anlass zu Recidiven und zu neuer Operation.

— Endlich entwickelt sich in zwar sehr seltenen Fällen aus dem Pseudomyxom ein peritoneales Carcinom.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

6) **G. Peronidi.** Recherches anatomiques sur le coecum et son appendice.

(Revue de chir. 1900. No. 8.)

Die Untersuchungen P.'s bestätigen, dass der Blinddarm sowohl in seiner Lage, Länge und Richtung, als auch in der Ausdehnung der peritonealen Bekleidung etc. von der Norm — Lage am untersten Theile der Fossa iliaca dextra in der Richtung nach rechts oben hinten; vollständiger Peritonealüberzug; transversaler Verlauf des einmündenden Ileum — nicht selten abweicht, und dass der Wurmfortsatz dem entsprechend gleichfalls Anomalien unterworfen ist. Meist fand ihn P. von regelmäßig cylindrischer Gestalt, nach einwärts vom Blinddarme gelegen, vertikal ihm aufsitzend und 7,6 cm lang. Die sog. Fossettes rétro-coecales erwiesen sich gewöhnlich als Fossettes rétro-coliques.

Kramer (Glogau).

---

7) **Rotter.** Zur Pathologie und Therapie der Douglasabscesse bei Perityphlitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

Von 132 im akuten Anfalle operirten Fällen sind 83 Abscesse auf der rechten Beckenschaufel, 41 im Douglas, 13 in der rechten Lendengegend, 9 über dem linken Lig. Poupart., 4 im Subphrenium. Bei den Douglasabscessen decken die Darmschlingen wie eine Kuppel die Eiterhöhle zu und schließen sie gegen die freie Bauchhöhle ab. Nicht zu den Douglasabscessen gehören die Eiterungen, die sich um einen im kleinen Becken liegenden Wurmfortsatz bilden. Diese Eiterhöhlen nehmen nicht den Grund der Douglasfalte ein. Zwischen beiden sind noch verklebte und unverklebte Darmschlingen. Ähnliche Verhältnisse sind vorhanden, wenn sich ein Abscess von der Beckenschaufel nach dem kleinen Becken hin senkt. Unter 40 Fällen war der Douglasabscess 21mal die einzige Eiterung in der Bauchhöhle. Nur bei großer Ausdehnung ist die Palpation an der vorderen Bauchwand möglich, sonst kann nur die Mastdarmuntersuchung Aufschluss geben. Unter den 19 Fällen, in denen noch eine Eiterung vorhanden war, war 14mal ein Abscess der Ileocoecalgegend vorhanden. Derselbe war aber in allen Fällen von dem Douglasabscess isolirt. Für das Zustandekommen der letzteren ist ein im kleinen Becken fixirter Wurmfortsatz nicht nothwendig. Sie entstehen vielmehr, 1) wenn bei einer perityphlitischen Perforationsperitonitis Infektionsmaterial in den Douglas hinabfließt, 2) wenn ein im Douglas abgekapseltes seröses Exsudat nachträglich vereitert. Die Douglasabcesse verlaufen fast stets mit schweren Erscheinungen, Zeichen diffuser Peritonitis. 4 der Fälle wurden schon am 4. Tage operirt. Ein wichtiges Sym-

ptom ist die starke Auftreibung des Leibes, bedingt durch die mechanische Verlegung des Weges durch den Mastdarm. Hinzu kommt in einigen Fällen eine akute Proctitis. Die Untersuchung vom Mastdarme aus soll in allen Fällen von Perityphlitis vorgenommen werden. Die Gewissheit, ob die gefühlte fluktuirende Geschwulst Eiter ist, verschafft die Punktion. Die Operation geschieht bei Männern und jungen Mädchen vom Mastdarme aus (mit einem zangenartigen Instrumente [Landau], das mit der Punktionsnadel durch die Darmwand gestoßen wird). Keine Drainage. Danach ist festzustellen, ob eine an der vorderen Bauchwand etwa vorhandene Resistenz mit verschwunden ist oder nicht. Im letzteren Falle ist Entleerung dieses zweiten Abscesses von der vorderen Bauchwand her indicirt.

Borchard (Posen).

---

8) **Taillens.** Sur la guérison sans opération des hernies de la première enfance.

(Revue méd. de la Suisse romande 1900. No. 8.)

An der Hand einer sorgfältigst bearbeiteten Statistik aus der Universitätspoliklinik in Lausanne beleuchtet Verf. die angeborenen Hernien der Kinder unter 2 Jahren zunächst vom anatomischen und embryologischen Standpunkte aus; zieht sodann die für deren Entstehung einschlägigen Momente in Betracht, wie »Heredität, vorzeitige Geburt, Überwiegen des männlichen Geschlechtes, Konstitutionsanomalien u. A. m.«.

Die Statistik umfasst in einem Zeitraume von 5 Jahren 81 Fälle. 58 Knaben, 23 Mädchen; hiervon heilten 67 = 83% ohne Operation.

Von den 81 Fällen waren 53 Leistenbrüche mit 44 Heilungen = 83%, 28 Nabelbrüche mit 23 Heilungen = 82% — für Nabelherien ein verhältnismäßig geringerer Heilungsprocentsatz.

Die Hälfte der Fälle heilte mit Bandage in einem Tage bis zu 4 Monaten. 11 Fälle in 4—6 Monaten, 14 in mehr als 6 Monaten, 6 ohne Bandage. Die nicht geheilten Fälle sind theils der Vernachlässigung der Angehörigen, theils der ungünstigen Beschaffenheit der Hernien selbst, theils misslichen Nebenumständen, wie Keuchhusten, Ernährungsstörungen, defekten Bildungen des Leistenkanals etc. zur Last zu legen.

Es folgt sodann eine Besprechung der heilenden Einwirkung der Bandage auf die Hernie, der Wahl der Bandagen für Leisten- bezw. Nabelhernien. Schließlich wird die Operation nach 2jährigem Bestande der Hernie als zulässig erachtet.

(Die vorliegende, sehr fleißige Arbeit über die angeborenen Kinderhernien bietet uns sicherlich manche interessante Details, wesentlich Neues bringt sie indessen nicht. Ref.)

Kronacher (München).



9) Phelps. L'opération de Phelps pour la cure des hernies et la fermeture des plaies de l'abdomen.

(Revue de chir. 1900. No. 11.)

Der wesentliche Inhalt dieser Arbeit ist bereits auf p. 1234 d. Bl. 1900 im Berichte über den internatinalen med. Kongress zu Paris wiedergegeben. Durch die Mittheilung P.'s wird jedoch nicht nur der Werth der Anwendung versenkter Silberdrahtnetze zum Verschlusse von Bruchkanälen und Bauchwunden bestätigt, sondern auch, wenngleich nur mit wenigen Worten, auf ihren Nutzen bei größeren Substanzverlusten des Schädels und der Muskulatur hingewiesen. Es dürfte daher die vorliegende Abhandlung auch für die deutschen Chirurgen von Interesse sein (s. auch Referat 25 in d. Nummer).

Kramer (Glogau).

---

10) L. Grosse. Zur Radikalbehandlung der Leistenhernien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 169.)

G. beschreibt ein von Landerer ersonnenes und 7mal erprobtes Modifikationsverfahren der Kocher'schen Bruchradikaloperation. Zunächst Isolirung des Bruchsackhalses bis über den inneren Bauchring hinauf. Dann wird der Bruchsack im Halse nahe dem äußeren Bauchringe mehrfach mit einem langen Faden durchstochen und durch mäßiges Anziehen des Fadens zusammengezogen, also verschlossen. Die freien Enden des Fadens werden getrennt in 2 lange Nadeln gefasst und letztere unter Leitung des Fingers den Kanal aufwärts bis über den Annulus ext. hinauf durch Bauchmuskeln und Bauchhaut geführt, hier angezogen und mit einander verknotet. Naht etc. Am Ende einer Woche werden Hautnähte so wie die Fixationsnaht des Bruchsackes ausgezogen.

Das Verfahren leistet dasselbe wie Kocher's Originalmethode, vermeidet aber die Schlitzbildung in der Aponeurose des Obliq. ext. die erfahrungsgemäß zur Bildung kleiner Brüche Veranlassung geben kann.

Außer dieser Mittheilung enthält die Arbeit auch eine kurze kritische Besprechung verschiedener anderer moderner Bruchoperationsmethoden. Ein Litteraturverzeichnis von 36 Nummern ist angefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

11) Talma. Zur Untersuchung der Säuresekretion des Magens.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 19.)

T. bringt Morgens früh durch Sonde in den möglichst rein gespülten Magen der im Bette befindlichen Kranken eine genau neutralisirte Lösung von 3 g Liebig'schen Fleischextraktes in 1 Liter Wasser von Körpertemperatur. Diese Probebouillon erweckt eine relativ ziemlich starke Sekretion der Magensäure bei Gesunden und fast bei allen Kranken, wo die Säuresekretion nicht allzusehr gelitten hat. Nach einer Stunde Ausheberung des Mageninhaltes und Prüfung



auf seine Acidität, welche in einem gesunden Magen ± 1 pro Mille beträgt. Als Indikation braucht T. stets Phenolphtaleïn.

T. empfiehlt seine Methode einerseits ihrer Bequemlichkeit wegen, andererseits, weil, seiner Meinung nach, in dem Probefrühstücke die Bestimmung der mechanisch und chemisch anorganisch oder organisch gebundenen Salzsäure umständlich und nicht einwandfrei ist.

Gold (Bielitz).

---

12) **N. Manger.** La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes. Son traitement chirurgical.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900. 128 S.

Aus dieser fleißigen, ausführlichen Arbeit sei folgendes für den Chirurgen Wichtige hervorgehoben: Die Perforation eines Typhusgeschwüres kann in jedem Stadium des Typhus, auch im Rückfalle, auftreten, meist ereignet sie sich aber in der 2.—4. Woche. Sie kommt beim ambulanten Typhus so gut vor, wie in schweren Fällen, bei Kindern so gut, wie bei Erwachsenen. Fast immer ist sie einfach, sehr selten sind 2 Perforationen vorhanden. Ihren Sitz hat sie meist in den letzten 60 cm des Dünndarmes, ausnahmsweise auch in anderen Darmpartien vom Duodenum bis zum Mastdarme, gar nicht so selten findet sie sich am Wurmfortsatze; auch an einem Meckel-schen Divertikel wurde sie beobachtet. Die Diagnose ist nicht immer leicht, weil in schweren Typhusfällen die Erscheinungen des Typhus die Symptome der Perforation verdecken können. Die wichtigsten Zeichen sind, plötzlicher Schmerz, Heraufschnellen des Pulses, Collaps, späterhin Erscheinungen von Peritonitis; die Temperatur sinkt meistens, doch kann sie auch gleich bleiben oder steigen. Bei plötzlich bei scheinbar Gesunden auftretenden Erscheinungen von Darmperforation hat man stets an latent verlaufenden Typhus zu denken.

Die Behandlung kann nur eine chirurgische sein. Eine Zusammenstellung von 107 sicheren, gut beschriebenen, operativ behandelten Fällen, unter denen 7 bisher noch nicht veröffentlichte sich befinden, ergiebt 25 Heilungen.

Brunner (Zürich).

---

13) **E. Villard.** De la gastroduodénostomie sous-pylorique.

(Revue de chir. 1900. No. 10.)

V. hat obige Operation in 6 Fällen ausgeführt, von denen in der Arbeit indess nur die 3 ersten verwerthet werden, da die übrigen erst kürzlich zur Operation gelangt waren. Jene 3 betrafen Pylorusstenosen, 1mal in Folge von Geschwürsnarbe bei einem bereits sehr heruntergekommenen Manne († an Inanition am 3. Tage), im 2. Falle veranlasst durch eine nach der Operation allmählich sich zurückbildende Neubildung, im 3. durch Carcinom; in einem der jüngsten Fälle ist die Operation wegen Magengeschwür mit unstillbarem Erbrechen und Blutungen, und zwar mit bestem Erfolge gemacht worden.

Die mit Ausnahme des ersten zur Heilung gelangten Pat. haben durch die Operation eine sehr wesentliche Besserung aller Beschwerden erfahren und rasch an Gewicht zugenommen; die Magenerweiterung bildete sich bald zurück, die motorische und chemische Funktion des Magens war in günstigster Weise beeinflusst, niemals wurde bei Ausheberungen des Mageninhaltes Galle oder Pankreassekret in demselben gefunden. — Was die Ausführung der Operation betrifft, so wurde die Anastomose an der zweiten Partie des Duodenum und dem rechtsseitigen Stücke der großen Curvatur des Magens zwischen einem 1—1½ cm unter dem Pylorus und einem 4—5 cm tiefer unten gelegenen Punkt angelegt; der hintere Curvaturrand erschien V. geeigneter als der vordere.

V. ist nach seinen Erfahrungen der Ansicht, dass die Gastroduodenostomie, die unschwer in 25—30 Minuten auszuführen sei, nach der von ihm gewählten Methode (Einzelheiten siehe im Originale) die Vortheile der Pyloroplastik und Gastroenterostomie ohne deren Nachtheile besitze und angezeigt sei 1) bei Geschwürsnarbenstenosen des Pylorus, 2) bei Stenosen biliären Ursprungs, 3) bei Krebsstenosen, wenn die Neubildung, umschrieben und scirrhöser Form, nach der kleinen Curvatur zu liege, und 4) bei blutenden Geschwüren in der Pylorusgegend. Verf. möchte demnach der Gastroduodenostomie einen Platz zwischen jenen beiden anderen Operationen zugewiesen sehen. (Die in der Litteratur mitgetheilten Fälle von Gastroduodenostomie sind in der Arbeit nur theilweise erwähnt. Ref.)

Kramer (Glogau).

---

14) **E. Vidal.** L'opothérapie entérique dans l'occlusion intestinale.

(Revue de chir. 1900. No. 10.)

In der Annahme, dass »in der Darmschleimhaut gewisse, aus dem Leben der anatomischen Elemente hervorgehende Elemente vorhanden seien, welche im Stande wären, mehr oder minder vollständig die Wirkungen einer abnormen Resorption der Giftstoffe des Darmkanals zu neutralisiren«, hat V. versucht, durch Maceration der Darmschleimhaut des Schweines in Serum oder besser noch in Glycerin jene Antitoxine zu erhalten und sie nach dem Vorgange Charrin's therapeutisch (»Opothérapie intestinale«) zu verwenden. Thiere, denen eine Kothlösung in eine Ohrvene eingespritzt wurde, bekamen bei vorausgeschickter Antitoxininjektion nicht Krampferscheinungen, die ohne die Injektion rasch zum Tode führten. Auch bei solchen, denen ein Darmverschluss angelegt worden, soll bei subkutaner Antitoxindarreichung der Krankheitsverlauf wesentlich milder, als bei den mit Antitoxin nicht behandelten, gewesen sein. Auf Grund dieser experimentellen Ergebnisse glaubte V. auch beim Menschen in 2 Fällen von Darmverschluss mit dem Antitoxin einen Versuch machen zu dürfen. In dem einen handelte es sich um eine Kothphlegmone in Folge von Gangrän eines seit mehreren Tagen ein-

geklemmten Leistenbruches mit schweren Inkarcerations- und Intoxikationserscheinungen — Operation mit Anlegung eines künstlichen Afters —, im anderen um eine Darminvagination, deren operative Beseitigung von den Eltern des Kindes verweigert wurde. Der 1. Fall kam nach mehreren Antitoxineinspritzungen (neben Kochsalzinfusionen etc.) zur Heilung, nachdem die schweren Erscheinungen von Herzschwäche sich rasch gebessert und die Harnausscheidung sich wieder hergestellt hatten; im zweiten hatten die Injektionen zwar eine scheinbare Besserung herbeigeführt, konnten aber den Tod an akuter Peritonitis nicht verhindern.

V. hält auf Grund seiner Beobachtungen weitere Versuche mit dem Antitoxin in großen Dosen für berechtigt, ohne allerdings die Unschädlichkeit der letzteren bereits am Menschen erprobt zu haben.

Kramer (Glogau).

15) **Rauch.** Über Naftalan bei Hämorrhoiden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

20%ige Naftalansuppositorien haben in 10 Fällen zu rascher Verkleinerung der Knoten in Folge dauernder Kontraktion der Blutgefäße, zu Linderung der Schmerzen, Heilung der Exkoriationen und Rhagaden geführt. Die chemische Wirksamkeit wird durch die mechanische unterstützt. Daher ein festeres Konstituens: Butyr. lacha 1,5; Cerae flavae 0,5. **Borchard** (Posen).

Kleinere Mittheilungen.

16) **G. Jochner** (München). Chirurgische Mittheilungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 46.)

1) Fall von Ersatz eines 5—6 cm langen Sehnendefektes am Unterarme durch eingeflochtene dicke Seidenfäden; Einheilung derselben per primam intentionem mit fast normaler Funktion des betr. Extensor digit. comm.

2) Fall von Ileus in Folge ringförmigen Carcinoms an der Flexur: Nach Entleerung des Darmes durch Incision an 2 Stellen Anlegung eines künstlichen Afters am Blinddarme; 3 Wochen später Resektion des Carcinoms mit Vereinigung der durch Verwachsungen fixirten Darmenden mittels Murphy-Knopfes, der später ausgestoßen wurde. Nach weiteren ca. 4 Wochen Verschluss des Kunstafters. Heilung.

3) Hinweis auf die Entdeckung Powell's, dass Alkohol das Antidotum von reiner Karbolsäure sei, und auf die Empfehlung Phelps', letztere mit nachfolgender Abwaschung mittels Alkohol bei Erysipel anzuwenden. **Kramer** (Glogau).

17) **Ssokolow.** Ein Fall von Ascites bei Lebercirrhose, durch Talma's Operation geheilt.

(Westnik Chirurgii 1900. Juli 1. [Russisch.])

37jähriger Mann, 3 Jahre Ascites. Durch Punktion werden 12 Liter entfernt. Die Leber reicht von der 5. Rippe bis zum unteren Rippenrande; linker Lappen hart. Nach 2 Monaten werden wieder $17\frac{1}{2}$ Liter entleert, 4 Tage darauf Laparotomie und Omentofixatio. Einen Monat später mussten noch 10 Liter Flüssigkeit entleert werden, dann schwand der Ascites ganz, und 4 Monate nach der Operation betrug der Umfang des Leibes nur 84 cm. Keine pathologischen Erscheinungen von Seiten des Nervensystems. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).



18) **Grandmaison.** Appendicite latente.

(Médecine moderne 1900. No. 66.)

Der von G. mitgetheilte Fall ist ein sehr lehrreiches Beispiel der larvirten Form der Appendicitis, bei der die Diagnosenstellung ungemein schwierig, wenn nicht unmöglich wird.

Der 51jährige Pat. ist starker Säufer, sonst aber angeblich nie krank gewesen. Seit 5 Tagen leidet er an leichtem Ikterus, Leibschmerzen unbestimmter Art, Kopfweh und heftigem Durchfall.

Am 30. August 1900, dem Tage seines Eintrittes ins Hospital, ist die Rectaltemperatur 39,7°, der Puls klein, 104, Urin spärlich, zucker- und eiweißfrei. Pat. steht Nachmittags mehrmals auf, um zu Stuhle zu gehen. Leib leicht meteoristisch aufgetrieben, kein Ascites, Bauch im rechten Hypochondrium etwas empfindlich, aber nicht schmerzhaft, auch sonst kein lokalisirter Druckschmerz. Leber klein, untere Dämpfungsgrenze 3 Querfinger oberhalb des Rippenbogens. Milz nicht vergrößert. Schwere Diarrhöe ohne Entfärbung der Fäces.

Die Diagnose wurde auf infektiösen Ikterus bei alkoholischer Lebercirrhose gestellt. Mischregime.

31. August. Temperatur 39,7—39,8°, Puls schnell. Ikterus hat zugenommen, keine neuen Symptome seitens des Bauches, kein Erbrechen, Diarrhöe dauert an. Stühle grünlich.

1. September. Temperatur 39,2—39,5°, Allgemeinzustand schlechter, Ikterus noch stärker, heftiger Kopfschmerz, Bauch unverändert.

2. September. Temperatur 37,8°, Puls klein, 110, Gesicht eingefallen, Diarrhöe dauert an, kein Erbrechen, Leib etwas mehr aufgetrieben, aber nicht schmerzhaft, und überall tympanitisch.

3. September. Unter fortschreitendem Collaps stirbt Pat. in der Nacht.

Obduktion: Diffuse, jauchig-eitrige Peritonitis mit zahlreichen frischen Verklebungen. Wurmfortsatz turgescent, bläulich, vom Volumen des Zeigefingers der Leiche; dicht unterhalb seiner Insertion am Blinddarme eine unregelmäßige, erbsengroße Perforation innerhalb gangränöser Wandung, hinter dem Blinddarme, bis zum unteren Pole der Niere hinaufreichend, eine große, abgekapselte Abscesshöhle. Der Wurmfortsatz enthält eine gelbliche, halbweiche Masse, aber keinen Kothstein, seine Mündung in den Blinddarm ist fast undurchgängig. Atrophische Lebercirrhose. **R. v. Hippel** (Dresden).

19) **Souligoux.** Appendicite et cure radicale de hernie inguinale droite irréductible.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris T. LXXV. No. 6.)

20) **Le Filliatre.** Forme vésicale d' appendicite.

(Ibid.)

21) **H. Bender.** Hernie crurale appendiculaire; appendicite herniaire.

(Ibid. No. 7.)

22) **J. Bouglé.** Volumineux appendice exstirpé à froid.

(Ibid.)

Im ersten Falle zeigte sich 10 Tage nach einer Radikaloperation ein appendicitischer Anfall, der zuerst für Fadeneiterung gehalten wurde. Bei der Wiedereröffnung zeigte sich Entzündung um den Wurmfortsatz, welcher einen Kothstein enthielt.

F. theilt 2 Beobachtungen mit, in denen die Appendicitis zuerst nur Störungen der Harnentleerung verursachte: schwierige Entleerung bis zu völliger Verhaltung. Beide Male fanden sich Verwachsungen zwischen Blase und Wurmfortsatz.

Im Bender'schen Falle hatte der Wurmfortsatz sich als Bruchsackinhalt entzündet und Inkarceration vorgetäuscht, im Bouglé'schen maß der entfernte Anhängsel 12 cm in der Länge und 7,5 im Umfange. Da er retrocoecal gelegen, war er nicht getastet worden. **Christel** (Metz).

23) **H. Kaposi.** Weiterer statistischer Bericht über die an der Heidelberger Klinik beobachteten Appendicitisfälle.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII,2. p. 539.)

Anschließend an die frühere Statistik von Heddaeus berichtet K. über 70 weitere, in der Czerny'schen Klinik 1898 und 1899 beobachtete Appendicitisfälle. Die erste Gruppe derselben umfasst 3 akute Perforationen (1 gestorben), 25 perityphlitische Abscesse und 24 chronische Appendicitiden. In einer zweiten Gruppe finden sich tuberkulöse und aktinomykotische Formen, dann Fälle, die auch als parametritische Exsudate aufgefasst werden konnten, endlich theils gar nicht, theils nur wegen Fisteln operirte Fälle. Die Krankengeschichten, die ausführlich mitgetheilt werden, konnten meist durch Nachuntersuchungen resp. spätere Befundberichte ergänzt werden. Was die Resultate anlangt, so sind von der 1. Gruppe (52 Fälle) gestorben 5, geheilt 31, mehr oder weniger gebessert 11, ohne Nachricht 5; von der 2. Gruppe (18 Fälle) sind gestorben 4, geheilt 7, ungeheilt 4, ohne Nachricht 3. **Honsell** (Tübingen).

24) **Roger.** Appendicite et psoitis.

(Presse méd. 1900. No. 77.)

R. beschreibt einen interessanten Fall, bei dem die Diagnose zwischen Appendicitis und Psoitis schwankte. Er machte zunächst, um den Eiterherd zu suchen, eine Incision in der Fossa iliaca bis an das Bauchfell heran. Als er erkannte, dass dieses unversehrt und nicht verwachsen war, schob er es, ohne es zu eröffnen, ab und gelangte extraperitoneal in einen im Musc. psoas gelegenen, mit stinkendem Eiter erfüllten Muskelabscess. Der Kranke starb, und die Sektion ergab, dass der Wurmfortsatz mit seiner Spitze fest auf der Fascia iliaca angewachsen war, dass eine Perforation gegen den Musc. psoas hin erfolgt war und so den erwähnten Abscess erzeugt hatte. **Sultan** (Göttingen).

25) **A. M. Phelps.** The Phelps operation for hernia and method of closure of abdominal wounds.

(New York med. record 1900. September 22.)

P. hat seit 1892 216 Hernien operirt. 46 waren Rückfälle nach Bassini, 41 solche nach anderen Methoden. Alle Bauchwunden hat er mit Silberdraht verschlossen und bei besonders dünnen Bauchwandungen noch außerdem über die Fascia transversalis und unter den muskulären Lagen eine »Matratze« von Silberschlingen zur Verstärkung eingeführt (seit wann? Ref.). Diese letztere wird in Granulationsgewebe eingebettet und verhindert die spätere Narbendehnung. Im Übrigen wird der Leistenkanal gänzlich obliterirt, der Samenstrang herausgezogen und unter die Haut gebracht, die Muskelaponeurose so eingeschnitten, dass keine Strangulation erfolgen kann.

P. ist überzeugt, »dass der Tag nicht weit ist, wo alle anderen Methoden außer der seinigen verworfen werden«. »Die Mortalität ist Null, eben so wie die Recidive.« Die Aufbewahrung des Silbers geschieht in reiner Karbolsäure, und wird es vor der Einführung in die Wunde in einer Spiritusflamme durchglüht.

Kommt irgend eine Infektion vor, bleibt die Matratze liegen, wird die Wunde ausgekratzt, mit reiner Karbolsäure gefüllt, dann mit Alkohol ausgewaschen. Schließlich wird die Silbernahtprothese für Schädeldefekte und schwere Muskelrisse mit Substanzverlust auch empfohlen. P. excidirt den Bruchsack und näht.

Loewenhardt (Breslau).

26) **Diederich.** Cure radicale de hernie avec malformation génitale.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. Juli 21.)

D. präsentirt in obiger Gesellschaft ein Ovarium sammt Uterus einer 21 Jahre alten Person, welche er gelegentlich der Radikaloperation der Hernie als Bruchinhalt vorgefunden hatte. Das Ovarium hatte fast normale Größe und zeigte alle son-

stigen Charaktere eines Eierstockes. Der Uterus war 3 cm lang, am Fundus 2 cm breit, eine deutliche Höhle im Innern. Seine Portio vaginalis setzte sich in fibröses Gewebe fort, welches die Stelle der Vagina vertrat. Eine eigentliche Vagina fehlte. Hymen war vorhanden. Vulva normal.

C. Fischer (Straßburg i/E.).

27) **A. Hansson.** Ett fall af nafvelsträngsbråck.

(Hygiea Bd. LXII. Hft. 2.)

Verf. theilt einen neuen Fall von Nabelschnurbruch aus eigener Beobachtung mit, einen 19 Stunden alten, sonst normal entwickelten Knaben betreffend, mit einem faustgroßen, dünnwandigen, Darmschlingen und Netz enthaltenden Nabelschnurbruche, der durch Laparotomie mit Excision des Sackes und schichtweiser Vernähung der Wundränder geheilt wurde.

In der Besprechung der pathologischen Anatomie tritt Verf. gegen die bei den Franzosen (Berger u. A.) noch häufige Auffassung der inneren Sackwand als einer mit der Membrana reuniens inferior (Rathke) gleichwerthigen, bezw. von dieser herstammenden Schicht auf. Obgleich sowohl Lindfors als auch eine Mehrzahl der deutschen Autoren die Identität der inneren Sackwand mit dem Peritoneum parietale bewiesen haben, taucht jene falsche Ansicht bei den französischen Autoren immer von Neuem auf.

Verf. hat eine Kasuistik von 73 Fällen aus der antiseptischen Zeit zusammengestellt. Unter diesen sind 11 Kinder konservativ behandelt (5 Heilungen, 6 †); die einfache Ligatur des Sackes ist 2mal ausgeführt (Heilung); die perkutane Ligatur nach Breus 5mal (4 Heilungen, 1 †); Olshausen's extraperitoneale Operation 5mal (Heilung). Die Radikaloperation nach Lindfors wurde in 50 Fällen ausgeführt (33 Heilungen, 17 †). (Selbstbericht.)

28) **Lejars.** Hernie inguinale pro-péritonéale, étranglée, tu type pelvien. Laparotomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 773.)

Der einige 50 Jahre alte Pat. war plötzlich unter den Zeichen innerer Einklemmung erkrankt. Druck auf die rechte Iliacalgegend erzeugte allerdings etwas heftigeren Schmerz, auch schien hier etwas stärkere Spannung zu bestehen, doch waren diese Zeichen nicht deutlich. L. sah den Kranken erst 4 Tage nach Beginn des Leidens und operirte ihn sofort mittels medianer Laparotomie. Der rechte Leistenkanal erwies sich frei; aber 2 cm nach unten und außen von seiner inneren Mündung entdeckte man einen fibrösen Ring, durch welchen hindurch eine Dünndarmschlinge in der Richtung nach vorn, innen unten in einen properitonealen Bruchsack getreten war. Nach Spaltung des Schnürringes ließ sich die eingeklemmte Schlinge vorziehen; sie war schwarzroth, erschien aber lebensfähig. Der Finger drang in den Bruchsack 7—8 cm weit vor. L. vernähte einfach von innen die Bruchsacköffnung, reponirte die Schlinge, schloss die Bauchwunde und erzielte Heilung.

Reichel (Chemnitz.)

29) **O. Laurent.** Perforations par arme à feu de l'estomac, du colon et du diaphragme. Suture. Guérison.

(Revue de chir. 1900. No. 8.)

Der durch einen Revolverschuss verletzte 22jährige Soldat kam 6 Stunden später zur Operation, bei welcher bereits beginnende Peritonitis gefunden wurde. Die eine Magenperforationsstelle saß in der Mitte der vorderen Wand, die zweite an der hinteren; ferner war das Quercolon und, 4—5 Finger breit vom Rippenbogen entfernt, das Zwerchfell durchbohrt. Alle Wunden wurden genäht, am Schlusse eine Kochsalzinfusion gemacht. Vollständige Heilung.

Kramer (Glogau).

30) **Kirstein.** Zur Kasuistik der subkutanen Darmverletzungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 61.)

K. bringt einen neuen, richtig diagnosticirten und mit glücklichem Erfolge laparotomirten Fall aus der Königsberger Klinik bei. 21jähriger Gärtner, 2 m hoch von einer Leiter mit dem Bauche auf eine hölzerne Barrière aufgefallen. Sofort heftige Leibschmerzen, nach 20 Minuten Aufstoßen und Erbrechen. Bei der alsbald bewirkten Aufnahme ist Pat. sehr aufgeregt und unruhig, aber bei klarem Bewusstsein, keine Anämie, dagegen andauernder Brechreiz, Puls 120, kräftig, regelmäßig, ganz geringe Anftreibung des Leibes, dessen Decken bretthart gespannt sind. Große spontane Leibschmerzen, durch die leiseste Berührung erhöht. Unterhalb des Nabels handtellergroße Partie mit auffallend lautem Perkussionston. Leberdämpfung etwas verschmälert, Athmung kostal und oberflächlich. Bei der Laparotomie fand sich Dünndarminhalt in der Bauchhöhle, leichte Verklebung und Hyperämie der Darmschlingen, die systematich abgesucht wurden, und 2 Risse im Dünndarme. Naht der Darmlöcher, reichliche Bauchhöhlenspülung mit ca. 20 Liter Salzwasser. Naht. Die ersten Tage waren sehr kritisch, die Temperatur erst febril, dann subnormal, der Puls bis 140, dazu reichliches Erbrechen und Aufstoßen. Vom 5. Tage an Besserung, doch wurde die Genesung noch durch eine Pneumonie und Vereiterung der Schnittwunde gestört. Zu Beginn der 9. Woche konnte Pat. aber geheilt entlassen werden.

In der Besprechung weist K. namentlich auf die brettharte, direkt an Tetanus erinnernde Starre der Bauchdecken hin, die für die Diagnose der Darmrupturen von größtem Werthe zu sein scheint und in neuerer Zeit von mehrfacher Seite desshalb hervorgehoben ist. K. giebt sodann eine Zusammenstellung von 18 seit 1896 operirten einschlägigen Fällen, in denen 8mal Heilung erzielt wurde. So klein die Zahl der Fälle ist, kann doch aus diesem Materiale ersehen werden, dass die Aussichten der Laparotomie um so besser sind, je früher dieselbe gewagt wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

31) **G. H. Hume.** A series of eleven operations for perforated gastric ulcer.

(Lancet 1900. November 10.)

Es wird über 11 wegen perforirten Magengeschwürs operirte Fälle berichtet, von denen 6 geheilt, 5 tödlich ausgegangen sind.

Maßgebend für die Prognose ist vornehmlich die Zeit zwischen Perforation und Operation; so waren 3 von den gestorbenen Patt. erst 43—48, die geheilten 6—28 Stunden nachher operirt.

Nur in einem Falle saß das Geschwür an der hinteren Wand. Die Ränder wurden nicht excidirt, das Loch durch eine doppelte Reihe Lembert-Nähte geschlossen; wenn möglich wurde ein Stück Netz darüber vernäht.

Die Behandlung der Bauchhöhle war im Allgemeinen von ihrem Inhalte abhängig; theils wurde gespült mit nachfolgender Drainage, theils mit Schwämmen trocken gewischt, ohne dann zu drainiren. **F. Kraemer** (Berlin).

32) **C. W. M. Moullin.** Three cases of gastrotomy for haematemesis.

(Lancet 1900. Oktober 20.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von durch Operation geheiltem Magengeschwür; er tritt sehr für die Operation ein in Fällen, wo sich starke Blutungen mehrmals wiederholen, und räth, dann frühzeitig einzugreifen.

Nach Incision in der Mittellinie wurde erst die vordere Magenfläche, dann nach Eröffnung des großen Netzes die hintere besichtigt, dann der Magen vertikal eingeschnitten und von hier systematisch, zum Theile mit Hilfe des Speculums, die Schleimhaut abgesucht.

Im Allgemeinen war die Excision des Geschwürs nicht nöthig. In 2 Fällen führte die doppelseitige Unterbindung zur recidivfreien Heilung; in 1 Falle wurde die ganze Dicke der Wand in eine Ligatur genommen und, da keine Verwach-

sungen an der Serosa waren, die geschwürige Partie der Magenwand nach innen vorgestülpt und ein Seidenfaden so fest wie möglich um die Basis des eingestülpten Zipfels geknüpft; dann folgten außen mehrere Lembert-Nähte zur Serosavereinigung. **F. Kraemer** (Berlin).

33) C. Lauenstein. Hämatemesis 13 Tage nach Operation einer inkarcerirten Nabelhernie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 180.)

34) A. Dehler. Magenblutung nach Gallenblasenoperation.

(Ibid. p. 182.)

Beide Autoren theilen, dem Beispiele des Ref. folgend, einen Fall von Magenblutung nach Laparotomie mit, ein Ereignis, auf das bekanntlich v. Eiselsberg das Interesse gelenkt hat.

L.'s Pat. war eine 50jährige, sehr fettreiche Frau mit eingeklemmtem, faustgroßem Nabelbruche, in welchem zahlreiche verwachsene Netzklumpen von der Bruchsackserosa gelöst, übrigens aber nur ein Gefäß mit Katgut unterbunden werden musste. Das 2malige Erbrechen reichlicher Mengen dünnflüssigen Blutes erfolgte erst am 13. Tage und hatte ziemlichen Collaps zu Folge, gegen den Rectalernährung und Kochsalzinfusionen gebraucht wurden. Pat. erholte sich, bekam aber 3 Wochen nach der Operation noch eine linksseitige Parotitis. Diese Nachkrankheit mag auf eine Störung der Wundasepsis beziehbar, der Grund der Magenblutung wird aber wohl in der Lösung der Netzverwachsungen zu suchen sein.

Die D.'sche, von Schönborn in der Würzburger Klinik operirte Pat., 27 Jahre alt, litt an eitriger Cholecystitis mit Cysticusstein. Bei der Operation wurde ein präperitonealer Abscess geöffnet und, nachdem verschiedene dicke Netzstränge zwischen Gallenblase, Leber, Magen und Colon unterbunden und getrennt, auch der Cysticus unterbunden waren, die Gallenblase exstirpirt. Die sehr geschwächte Pat. erlitt am 1. und 2. Tage nach der Operation Magenblutungen. Behandlung nach den Angaben von Kehr, Genesung. Als wahrscheinlichste Erklärung der Magenblutung sieht D. an »eine Infarcirung der Magenschleimhaut mit oberflächlicher Ulceration, verursacht durch das Abbinden der adhärenten Netzstränge«.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) Jacobs. Sténose du pylore par localisation tuberculeuse, Gastroentérostomie, Guérison.

(Progrès méd. belg. 1900. Oktober 15.)

Bei einem 17 Jahre alten Mädchen mit tuberkulöser Peritonitis machte J. die Laparotomie. Der Erfolg war ein guter. Aber etwa 1 Jahr später kamen Erscheinungen von Pylorusstenose. J. war genöthigt, die Gastroenterostomie zu machen, worauf die Beschwerden verschwanden. Der Pylorus zeigte eine ringförmige Induration mit Verengerung, welche J. auf Tuberkelwucherungen zurückführt. — Einstweilen Heilung. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

36) V. Berglund. Ett fall af pylorusstenos efter saltsyreförgiftning. Gastroenterostomi. Helsa.

(Hygiea Bd. LXII. Hft. 1.)

16jähriger Arbeiter, der aus Versehen einige Züge Salzsäure verschluckte. Sofort nach dem Unfalle wurde Milch in großen Quantitäten gegeben; danach heftiges Erbrechen schwarzgefärbter Massen. Bei der eine Stunde nachher vorgenommenen Ausheberung des Magens blutige Flüssigkeit. Heilung des Magengeschwüres in 12 Tagen, nach welcher Zeit Pat. aus dem Krankenhause entlassen wurde. 3 Wochen später Stenosensymptome, Abmagerung und Gewichtsabnahme. Bei der Laparotomie fand man Verwachsungen zwischen der Bauchwand und vorderen Magenwand, die in der Regio pylorica retrahirt und von geschwulstähnlichen Narben umgeben erschien. Die palpatorische Untersuchung ergab einen normal weiten Pylorus; dagegen fand sich an einer etwa 4 cm links davon gelegenen

Stelle in der Pars pylorica des Magens eine ringförmige Verengerung des Magens, die bei der Einstülpung der Magenwand nur für einen Finger durchgängig war. Gastroenterostomia retrocolica posterior (Prof. Borelius). Heilung. Gewichtszunahme in einem Monate $4^1/_2$ kg.

Der Fall ist desshalb von besonderem Interesse, weil die Verätzung von Anfang an ärztlich behandelt wurde und die Zeit zwischen dem Unfalle und dem Auftreten der Stenosenerscheinungen genau festgestellt werden konnte.

Hansson (Cimbrishamn).

37) **Sorge.** Stenosi pilorica-gastro-digiunostomia alla Doyen.

(Nuova rivista clin.-terapeut. 1900. No. 9.)

Die Stenose des Pylorus mit nachfolgender hochgradiger Dilatation war hervorgerufen durch eine Geschwulst an der Hinterwand des Antr. pyl., wahrscheinlich Geschwür. Verf. führte mit bestem Erfolge die Gastroenterostomie nach der einen Doyen'schen Methode aus: Versenkung des Netzes in die Bursa omentalis, Anastomosenbildung an der Vorderwand mit Verengerung des Darmes in der Längsrichtung zur Herstellung einer Klappe. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

40) **Martens.** Zur Kenntnis der Darmverschließungen und -Verengerungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 1.)

M. publicirt aus der Berliner Charité 2 sehr interessante und seltene Beobachtungen, deren anatomische Präparate bereits auf dem Chirurgenkongresse kurz demonstrirt sind. Fall 1 ist kongenitalen Ursprunges. Das 6 Tage alte, männliche, übrigens normal gebildete und ausgetragene Kind wurde wegen fehlender Meconiumentleerung und beständigen Erbrechens, seit 1 Tage verbunden mit Leibesauftreibung, laparotomirt. Befund: ausgedehnte Dünndarmverwachsungen. Ca. 15 cm oberhalb der Valv. Bauhini endet der ziemlich stark aufgeblähte Dünndarm anscheinend blindsackförmig, es folgt etwa 2 cm weit ein anscheinender Darmdefekt, wo nur freier verdickter Mesenterialrand fühlbar scheint, sodann bis zu dem zwar kollabirten, aber sonst normalen Blinddarm ein Stück höchstgradig verdünnten und verengten Ileums. Es wurde ein Kunstafter gemacht, doch trat bald der Tod an Schwäche ein. Die Befunde der sehr sorgfältig ausgeführten anatomischen Untersuchungen (s. Original), namentlich Narben- und Granulationsgewebe an der blindsackartigen Stelle, zeigen, dass der bereits ausgebildete Darm prägenital einen schweren pathologischen Process durchgemacht haben muss, dessen Resultat die Atresie war. Vielleicht handelte es sich um eine Achsendrehung im Zusammenhange mit dem Ductus omphalo-mesentericus. — Angeborene Darmatresien sind bereits mehrfach operativen Heilversuchen unterzogen, allerdings bisher noch stets ohne Erfolg. — Dessungeachtet bleibt die Operation der einzige mögliche Weg, Kinder mit dieser Missbildung vielleicht zu erhalten.

Fall 2 betrifft ein 19jähriges Mädchen, das seit 6 Monaten stetig zunehmende typische Zeichen einer tiefen Dünndarmstriktur aufgewiesen hatte. Bei der Laparotomie findet sich das Ileum dicht über der Dickdarmklappe 35—40 cm lang stark verengt. Nachdem oberhalb der Enge aus dem erweiterten Darme durch Incision ca. 3 Liter kothiger Flüssigkeit entleert, Darmresektion und Naht. Tod in der folgenden Nacht. Das Operationspräparat zeigt sehr eigenthümliche Veränderungen: der Gekrösansatz ist narbig verkürzt, wie »gerefft«, wodurch Falten und Stränge in ihm entstanden sind. Der veränderte Darm selbst, im Ganzen auf die Dicke eines Daumens verengt, zeigt mannigfache Einschnürungen, wechselnd mit Ausbuchtungen, seine Lichtung ist vielfach gedreht und geschlängelt, was auf einer ausgedehnten und verworrenen Faltung der hypertrophischen Darmwände beruht. Wie polypöse Wucherungen legen sich diese Faltungen an und zwischen einander, einen freien Spalt oder Lichtung kaum mehr übrig lassend. Dabei fanden sich keine Ulcerationen bezw. Spuren von Tuberkulose oder Lues, wohl aber Residuen allgemeiner Peritonitis. Analoga für diesen Fall hat M. nicht gefunden. Nur ein von Friedrich ebenfalls auf dem Kongresse demonstrirtes Präparat (s. d. Bl. Kongressbericht p. 101) zeigte ähnliche Gekrösschrumpfungen

und Darmfaltungen, ausgehend von einem Syphilom. — 3 Figuren erläutern die anatomischen Präparate. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

39) **Riese.** Ein Fall von Striktur des Colon transversum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 44.)

Eine 59jährige Frau, die vor 10 Jahren angeblich Typhus überstanden, erkrankt unter Ileuserscheinung. Es fand sich eine Striktur an der Flexura lienalis, die auf einer Typhusgeschwürsnarbe entstanden war. **Borchard** (Posen).

40) **Bier.** Darmverstopfung durch eine Mullkompresse.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 42.)

Eine 26jährige Frau, die vor ca. 5 Monaten wegen geplatzter Tubarschwangerschaft laparotomirt war. 14 Tage später Abscessbildung, der sich theils durch den unteren Wundwinkel, theils durch den Mastdarm entleerte, bald danach Stenosenerscheinungen, die sich allmählich zum Ileus steigerten. Desshalb Laparotomie, bei der sich eine große, in entzündliche Verwachsungen eingebettete Darmgeschwulst zeigte, die sich als eine 1 m lange, $^1/_2$ m breite Mullkompresse erwies. Heilung. **Borchard** (Posen).

41) **Gérard-Marchant.** Note sur les rétrécissements inflammatoires du caecum, à propos d'une observation du Dr. Demoulin.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 651.)

G.-M. berichtet über 3 Fälle von narbiger Verengerung des Blinddarmes, in welchen die mikroskopische Untersuchung der Präparate nur chronisch entzündliche Vorgänge, aber nicht tuberkulöser Natur, mit starker Bindegewebswucherung und Hypertrophie der Muskulatur nachwies, Carcinom sich sicher ausschließen ließ, obwohl die Gewebsmasse makroskopisch eine Geschwulst darstellte. Der eine Fall wurde von Demoulin, der zweite von Hartmann, der dritte von G.-M. selbst beobachtet. Das Detail der Fälle muss im Originale nachgelesen werden. **Reichel** (Chemnitz).

42) **A. Zimmermann.** Über Operationen und Erfolge der Dickdarmresektion wegen Carcinom.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII,2. p. 303.)

Verf. schildert eingehend die Technik und die Resultate der in der Krönlein'schen Klinik wegen Carcinom ausgeführten Resektionen am Blind- und Dickdarme. Unter 36, von 1881—1900 aufgenommenen Fällen von Dickdarmkrebs ist bei 12 eine radikale Operation unternommen worden, und zwar 6mal am Blinddarme, 1mal am Colon descendens, 5mal an der Flexur. Die Vereinigung der zurückbleibenden Darmstücke erfolgte bei den Resektionen des Blinddarmes in einem Falle Ende zu Ende, 3mal durch Einpflanzung des Dünndarmes seitlich in den Blinddarm, 2mal durch seitliche Enteroanastomose. Bei den übrigen Fällen fand stets eine direkte Vereinigung Ende zu Ende statt. 6 der Pat. sind im Gefolge der Operation gestorben; von den anderen 6 ging einer an Marasmus zu Grunde, 5 leben ohne Recidiv, und zwar beträgt die Heilungsdauer 5 Monate, $5^1/_2$ Monate, $1^3/_4$ Jahre, $2^1/_2$ Jahre und 14 Jahre. Trotz der hohen Sterblichkeit ist, wie Verf. hervorhebt, die Operation doch als eine dankbare zu bezeichnen. **Honsell** (Tübingen).

43) **P. Meisel.** Über Analfisteln mit epithelialer Auskleidung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII,2. p. 293.)

Verf. theilt 2 Fälle kompleter Analfisteln mit, bei welchen die Gänge bis auf ein kurzes, nach der äußeren Mündung zu gelegenes Stück mit Epithel ausgekleidet waren und außerdem jeweils am Grunde des Epithelschlauches Fruchtkerne bargen. Nach dem mikroskopischen Befunde handelte es sich in einem Falle wohl um ein Pulsionsdivertikel einer Morgagni'schen Tasche; im anderen,

in dem die innere Mündung des Kanales völlig außerhalb des Schleimmuskelringes lag, blieb nur die Annahme eines angeborenen analen Divertikels übrig. In beiden Beobachtungen mussten anfänglich Blindsäcke bestanden haben, die Perforation derselben nach der äußeren Haut zu war vermuthlich durch den Reiz der Fremdkörper (Fruchtkerne) erfolgt. **Honsell** (Tübingen).

44) **W. W. Ford.** Sarcoma and cirrhosis of the liver.

(American medical journal 1900. Oktober.)

Während die Kombination von Lebercirrhose mit primärem Carcinom des Organs eine zwar selten, aber doch schon mehrfach beobachtete ist, konnte F. für den von ihm beobachteten Befund kein Analogon in der Litteratur finden.

Dieser Befund wurde bei der Obduktion eines 59jährigen Potator strenuus erhoben. Derselbe wurde unter den Erscheinungen einer Lebercirrhose mit Ascites und linksseitiger Hemiplegie eingeliefert und starb bereits am 2. Tage des Krankenhausaufenthaltes.

Die Sektion ergab neben Hypostase in beiden Lungen, Kongestion von Kehlkopf und Luftröhre und Stenose der Mitralis Cirrhose der Leber nebst einem gemischtzelligen Sarkom des rechten Leberlappens und metastatischen Knötchen in Netz, Gekröse und Bauchfell. Außerdem Thrombose der linken Arteria fossae Sylvii.

Da alle übrigen Organe frei von Geschwulstbildung waren, so musste das Lebersarkom als primäre Geschwulst angesprochen werden.

R. v. Hippel (Dresden).

45) **J. H. Bryant.** Two cases of acute haemorrhagic pancreatitis.

(Lancet 1900. November 10.)

Verf. giebt die ausführlichen Krankengeschichten zweier Fälle von operativer hämorrhagischer Pankreasentzündung. Bei der Sektion zeigte der eine Fall außer Pankreasnekrose auch typische Nekrose des mediastinalen und perikardialen Fettes. In beiden Fällen zeigte sich bei der Operation die Bauchhöhle durch große Mengen gallig gefärbter seröser Flüssigkeit mit Fetttheilchen ausgefüllt. Hervorzuheben ist noch, dass neben den üblichen Veränderungen des Pankreas die Sektion Veränderung der Gallenblase und -Gänge mit Steinbildung ergab, so dass der ätiologische Zusammenhang beider Erkrankungen, wie schon wiederholt beschrieben, erwogen wird, mit besonderer Berücksichtigung des Bact. coli commune. Bei der Operation wurde die Bauchhöhle mit heißer Kochsalzlösung ausgespült und dann drainirt und geschlossen; beide Fälle endigten nach wenigen Tagen tödlich.

F. Kraemer (Berlin).

46) **E. Lexer.** Operation einer fötalen Inklusion der Bauchhöhle.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Der Fall betrifft ein 7 Wochen altes Mädchen, das L. wegen einer Bauchgeschwulst operirte. Die Geschwulst war eine unvollkommene fötale Anlage mit guter Ausbildung der Kopfanlage. Im Übrigen trug sie den Charakter einer teratoiden Mischgeschwulst mit verschiedenartigen Geweben und einer Andeutung des Darmkanals und der Athmungsorgane. Die Lage der Geschwulst bestätigt die in einer früheren Arbeit des Verf.s geäußerte Ansicht, dass diejenigen teratoiden Mischgeschwülste und echten Inklusionen, die ins rechte Oberbauchcolon gerathen und hier an einer Stelle des Mesogastrium anterius zwischen Magen und Leber befestigt sind, sich im Bereiche der Bursa epiploica entwickeln müssen. Die Erklärung der Entwicklung der Geschwulst und ihrer makroskopischen wie mikroskopischen Beschaffenheit ist recht interessant, das beigegebene Bild ist ebenfalls sehr instruktiv. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. Sonnabend, den 19. Januar. 1901.

Inhalt: I. **C. Hofmann**, Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmäßiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose? — II. **F. Neugebauer**, Ein neues Verfahren der Doppellappenbildung für Wangenplastik. — III. **M. W. Herman**, Über das Sterilisiren der Seidenkatheter. (Original-Mittheilungen.)

1) **Gerulanos**, Lungenkomplikationen nach operativen Eingriffen. — 2) **Seitz**, Narkose. — 3) **Engelmann**, Anästhesirung des Rückenmarkes. — 4) **Bouglé**, Arteriennaht. — — 5) **Preindlsberger**, Urologische Beiträge. — 6) **Newman**, 7) **Keyes**, 8) **Legueu**, 9) **Pousson**, Prostatahypertrophie. — 10) **Jodice**, Blasenschnitt. — 11) **Albers-Schönberg**, 12) **Lauenstein**, 13) **Wagner**, 14) **Levy-Dorn**, 15) **Levy**, Skiaskopie der Nierensteine. — 16) **Beck**, Skiaskopie der Gallensteine. — 17) **Kümmell**, Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und Urins. — 18) **Dolgow**, Resektion von Nierengewebe. — 19) **Bernheim**, Vorhautoperationen. — 20) **Mauclaire**, 21) **Moschkowitz**, Hodentuberkulose. — 22) **Reynier**, Haematocele uterina. — 23) **Nedler**, Uterusmyome. — 24) **Reynier**, Hysterectomia abdominalis.

25) Internationaler medicinischer Kongress, Sektion für Urologie. — 26) **Cathelin**, Suburethraler Stein. — 27) **Thorn**, Steinrecidiv. — 28) **Beneke**, Chondrosarkom der Harnblase.

I.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des St. Marienhospitals in Bonn. Leiter: Herr Professor Witzel.)

Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmäſsiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose?

Von

Dr. C. Hofmann.

Wenn die Narkosenfrage immer wieder Gegenstand der Erörterung wird, und wenn immer wieder persönliche Erfahrungen und Anschauungen von den Einzelnen mitgetheilt werden, so hat dies seinen guten Grund einmal in der allgemeinen Wichtigkeit der ganzen Sache, sodann aber auch in dem Umstande, dass über specielle Fragen keineswegs die gleiche Auffassung herrscht. Zur Klärung der Art und Weise der Darreichung besonders des Chloroforms hat

die Ventilation der Frage in den letzten Jahren wesentlich beigetragen, und es dürfte heute die Tropfmethode wohl allgemeine Anerkennung gefunden haben; ja es ist sogar in sehr scharfsinniger Weise mit Hilfe von exakt gehenden Apparaten (Geppert) in dankenswerther Weise der Versuch gemacht worden, einen ganz gleichmäßigen Strom von Chloroformdämpfen dem zu Betäubenden zuzuführen.

Dieses Bestreben beruht auf der richtigen, auch schon bei dem gleichmäßigen Auftropfen praktisch mehr oder minder zur Geltung kommenden Erkenntnis, dass es für eine gute Narkose nothwendig ist, nicht schubweise, womöglich unter Beeinflussung des Luftzutritts im Übermaß das Narkoticum zuzuführen — das abschreckendste Beispiel hierfür ist die Äthererstickungsmethode — sondern stetig und in gleichmäßiger Mischung die Narkotisirungsdämpfe mit der Luft einathmen zu lassen. Diese Methode ist von der Äthererstickungsmethode dadurch principiell verschieden, dass sie nicht etwa das Einathmen der Luft durch koncentrirte Ätherdämpfe stark vermindert oder fast ausschließt — glücklicherweise legen sich die Masken nie so luftdicht aufs Gesicht auf, dass sie den Luftzutritt ganz verhinderten und nun in der That eine wirkliche Erstickung herbeiführten — sondern sogar erst recht neben einem geringen Gehalte an Narkotisirungsdämpfen atmosphärische Luft zutreten lässt.

Vollkommen würde die Methode nach dieser Richtung hin sein, wenn es möglich wäre, dieses konstante Gemisch von Luft und Chloroformdämpfen nicht nur bis zum Anfange des Respirationstractus — Mund und Nase — zu führen, sondern auch wirklich den Lungen im Gleichstrome einzuverleiben. Leider ist dies aber nicht zu erreichen, da man an diesem Punkte auf die individuelle Mitwirkung des Pat. angewiesen ist. Athmet derselbe in seiner immerhin begreiflichen Erregung, in die ihn die bevorstehende Operation versetzt hat, nur sehr oberflächlich, unregelmäßig, sich mehr oder weniger gegen die Einathmung des Narkoticums sträubend, dann wird in der Zeiteinheit nicht gleich viel Narkoticum eingeathmet, und in den Athmungspausen, um einmal so zu sagen, verdunstet einfach das aufgetropfte oder sonst zugeführte Narkoticum in den freien Raum. Das Endresultat ist dann: wir wissen wohl, wie viel vom Narkoticum am Schlusse verbraucht, aber nicht, wie viel wirklich den Lungen bezw. dem Blute zugeführt worden ist.

Um trotzdem den Zweck der möglichst gleichmäßigen Aufnahme des Narkoticums zu erreichen, müssen wir also persönlich auf den Pat. bezw. auf seine Athmung einwirken; sie regelmäßig, tief, gleichmäßig und ruhig zu gestalten, ist unsere Aufgabe. Wie erreichen wir dies?

Das einfache, beruhigende Zureden nützt zwar schon sehr viel, wie ich mich oft habe überzeugen können; lässt man dann noch in der üblichen Weise langsam und laut zählen, dann erreicht man wohl bei verständigen und nicht zu aufgeregten Personen seinen

Zweck. Oft versagen diese Mittel aber, und zwar kommt dies daher, dass das einfache Vorwärtszählen, selbst größeren Kindern schon, so in die Gewohnheit übergegangen ist, dass eine wirksame Ablenkung nicht eintritt. Ein ängstlicher Pat. zählt sehr rasch meinetwegen die Zahlen von 1—10 und weiter herunter, holt eben ganz flüchtig und oberflächlich Luft und nimmt nun das Herunterplappern der weiteren Zahlen wieder auf; dass dabei eine Athmung, wie wir sie für die Einleitung einer guten Narkose wünschen und gebrauchen, nicht zu Stande kommen kann, liegt auf der Hand. Lässt man nicht zählen, so liegen die Verhältnisse noch ungünstiger.

Nach vielen Versuchen bin ich auf ein sehr einfaches — für Manchen vielleicht auf den ersten Blick zu einfaches — aber sehr wirksames Auskunftsmittel gekommen; ich lasse rückwärts zählen und zwar mit einer mindestens dreistelligen Zahlenreihe beginnend, etwa von 200 abwärts. Dadurch erreicht man, schon weil die größere Zahl schwieriger auszusprechen ist und längere Zeit beansprucht, dass zwischen jeder Zahl geathmet wird; fordert man noch den Kranken auf, recht langsam zu zählen, eine Forderung, die in der Schwierigkeit des Rückwärtszählens überhaupt eine natürliche Unterstützung findet, so kann der Pat. nicht anders als jedes Mal Luft zu holen. Daneben verlangt das ungewohnte Rückwärtszählen eine solche Koncentration der Gedanken, dass bei dem Pat. eine außerordentlich wirksame Ablenkung von der bevorstehenden Operation und somit eine vorzügliche Gemüthsruhe — besonders bei Patientinnen nicht zu unterschätzen — bewirkt wird. Diese Ruhe beeinflusst ihrerseits wiederum aufs allergünstigste die Regelmäßigkeit und Tiefe der Athemzüge, die Vorbedingung für die gleichmäßige, ununterbrochene Einverleibung des Narkoticums.

Man könnte einwenden, dass man sehr aufgeregte Individuen überhaupt nicht dazu bringt, zu zählen. Gewisse Geduld und geschicktes Zureden von Seiten des Narkotiseurs versagen hier nach unserer Erfahrung nie. Ich glaube sogar eine größere Bereitwilligkeit für das Rückwärtszählen — offenbar wirkt hier der Reiz des Ungewöhnlichen mit — als für das gewöhnliche Zählen bemerkt zu haben.

Es hieße nun den aus dem beschriebenen Modus hervorgegangenen Vortheil aufs Spiel setzen, wenn man ihm die Art der Darreichung des Narkoticums nicht anpassen würde. Ein rasches, unsanftes Aufdrücken der mit Äther oder Chloroform vollgegossenen Maske würde sich mit der bisher ruhigen Art der Einleitung der Narkose nicht vertragen; das Zählen würde unterbrochen werden, bei Verwendung von Äther würde Husten entstehen, Unruhe, Anhalten des Athems, Klagen über den scheußlichen Geruch des Chloroforms bei Verwendung desselben etc. Eine wirklich ruhige Narkose käme nicht zu Stande.

Lässt man dagegen zuerst 1/2 bis 1 Minute zählen, ohne einen Tropfen auf die bereits aufs Gesicht gelegte Maske zu geben, und

fängt dann an, vorsichtig einen Tropfen nach dem anderen mit allmählich etwas zunehmender Geschwindigkeit auftropfen zu lassen, dann wird der Übergang vom Einathmen reiner Luft zum Einathmen von Luft und Narkoticum entweder vom Pat. gar nicht bemerkt oder wenigstens nicht unangenehm empfunden.

Mit dem Schwinden des Bewusstseins wird die Athmung natürlicherweise auch sonst ruhig und gleichmäßig, und selbst ein sehr kleiner, frequenter Puls bessert sich bei Eintritt der Narkose oft in überraschender Weise; aber gerade dieses Verhalten legt uns erst recht die Pflicht auf, in dem vorausgehenden Stadium, demjenigen der Einleitung der Narkose, auf künstliche Weise die Athmung und mit ihr auch den Puls ähnlich und somit günstig zu gestalten.

Ob man nun Äther oder Chloroform verwendet, der günstige Einfluss dieser sachgemäßen Einleitung der Narkose auf den ganzen weiteren Verlauf wird nicht ausbleiben. Aus dem oben Gesagten geht schon hervor, dass die Äthererstickungsmethode sich nicht damit verträgt. Für die Anhänger des Äthers füge ich aber hinzu, dass seit etwa 3 Jahren in den von Herrn Prof. Witzel geleiteten Krankenhausabtheilungen ausschließlich Äthernarkosen nach der Tropfmethode bei Gebrauch der gewöhnlichen Esmarch'schen Maske, die mit einer mehrfachen Gazelage überzogen ist, ausgeführt werden. Schwächliche Frauen und Kinder lassen sich mit Leichtigkeit durch wenige Gramm Äther auf diese Weise betäuben, aber auch kräftige Pat., selbst die größten Potatoren, haben eine ruhige Narkose, wenn man ihnen 1 Stunde vor Beginn der Betäubung 0,01—0,02 Morph. mur. subkutan eingespritzt hat. Die Größe der Morphiumgabe ist dem Individuum anzupassen, wie man überhaupt bei der Narkose individualisiren muss.

Wenn wir auch nach unseren Erfahrungen sagen können, dass bei dieser Art der Narkose die Betäubung um so rascher eintritt und um so besser wird, je geringer der Ätherverbrauch vor Allem am Anfange der Narkose ist, so liegt es doch auf der Hand, dass man z. B. zur Betäubung eines kräftigen Mannes weit mehr Äther gebraucht als zu der einer jungen Dame. Hier kann der Narkotiseur beweisen, dass er nicht nur die Technik der Narkose im Allgemeinen beherrscht, sondern auch individuell abzuwägen versteht. Dies setzt voraus, dass er sehr viele Narkosen mit angesehen hat, dass er, um einmal so zu sagen, die Kunst des Narkotisirens sich angeeignet hat, bevor er sie selbständig ausübt. Witzel (Deutsche med. Wochenschr. 1893) hat schon in seiner damaligen Arbeit über Chloroformnarkose neben anderen, allgemein beherzigenswerthen Forderungen die Ansicht vertreten, dass man die Narkose nur einem geschulten Assistenten anvertrauen könne. Der beste Assistent, könnte man fast sagen, ist für die Narkose eben gerade gut genug.

II.

Ein neues Verfahren der Doppellappenbildung für Wangenplastik.

Von

Dr. **Friedrich Neugebauer,** Primärarzt in Mährisch-Ostrau.

Mit Hilfe der Krause'schen Methode der Transplantation ungestielter Hautlappen aus der ganzen Hautdicke ohne Unterhautfettgewebe kann man bei Wangendefekten, welche den Ersatz sowohl der Schleimhaut als der Haut fordern, Doppellappen bilden, welche Beides auf einmal ersetzen. Man umschneidet in der Umgebung des Defektes einen entsprechend geformten Hautlappen. Derselbe wird mit dem Fette von der Unterlage abgelöst, verbleibt aber an der dem Defekte zugewandten Seite mit einem breiten Rande, welcher unter allen Umständen die Ernährung sichert, im Zusammenhange mit dem Mutterboden. Auf die Wundfläche dieses Lappens wird ein nach Krause gebildeter von gleicher Größe aufgelegt und durch wenige feine Nähte befestigt. Die lang gelassenen Fäden dieser Nähte können auch als Zügel verwendet werden, um den Doppellappen während der Dauer der Anheilung ausgespannt zu erhalten. Nach erfolgter Anheilung wird derselbe breit gestielt und ohne Drehung des Stieles in den angefrischten Wangendefekt geschlagen. Der Krause'sche Lappen kommt an die Haut, der andere an die Schleimhaut zu liegen.

Als Vortheil dieses Verfahrens erscheint mir vor Allem eine geringere Entstellung durch Narben im Bereiche der Hals- und Gesichtshaut als bei denjenigen Methoden, bei welchen zwei Lappen, der eine für die Schleimhaut, der andere für die Haut oder ein sehr langer zu faltender, genommen werden müssen; ferner, dass der Operateur nach Belieben und Bedürfnis an Haaren arme oder behaarte Haut verwenden kann. Die Erhaltung des Krause'schen Lappens selbst ist für den mit der Methode Vertrauten unter diesen Umständen (frische Wundfläche, gute Ernährungsverhältnisse der Hals-, Stirn- oder Wangenhaut) unschwierig und außer Frage. Da auch jegliche Drehung des Stieles aus dem Spiele bleibt, der Stiel sehr breit genommen werden kann, scheint auch in der Sicherheit der Ernährung anders gebildeten Doppellappen gegenüber ein Vorzug zu liegen.

Das umgekehrte Vorgehen, Einheilung eines mit der Epithelseite mundwärts gekehrten Lappens und sekundäre Aufpflanzung eines Krause'schen, wie es von H. Wagner[1] mitgetheilt wurde, gefährdet die Überpflanzung durch die event. Nähe des Mundes und theilt

[1] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV. p. 25.

mit dem beschriebenen nicht den Vortheil, welchen eine frischgesetzte Wunde für die Anheilung bietet.

Einpflanzungen eines auf der Wundseite bekleideten, gestielten Lappens waren von Thiersch[2] und Wölfler[3] zur Wangenbildung ausgeführt worden. Ersterer führte die Bedeckung mit dem nach ihm benannten Läppchen, Letzterer mit der Magen- und Speiseröhrenschleimhaut des Kaninchens aus. Dieser Lappen nach Thiersch schrumpfte stark. Vor dem Wölfler'schen Schleimhautverfahren hat das beschriebene wohl nur den Vorzug der Autoplastik.

Besonders geeignet zur Erprobung dieses Doppellappens erschien mir ein lochförmiger Wangendefekt nach Noma in der Nähe des Mundwinkels bei einem 5jährigeu Mädchen. Alles ging nach Wunsch, obwohl der der Halshaut entnommene Lappen dem herabrinnenden Speichel ausgesetzt war. Nach 13 Tagen wurde der Doppellappen ins Wangenloch eingepflanzt. Künftig würde ich in ähnlichen Fällen den Lappen von oben herabschlagen, während zur vorbereitenden Operation z. B. für die Wangencarcinome das größere Flächen bietende Feld der Submaxillar- und Halshaut ohne solche Gefährdung herangezogen werden könnte.

Die Schrumpfung war nicht größer, als man im Allgemeinen bei Hautlappenplastiken in Kauf zu nehmen hat. Einrollung wurde nicht beobachtet.

Mit dem Krause'schen Lappen werden nach den Untersuchungen von Krause[4], A. Henle und H. Wagner[5], W. Braun[6] das elastische und Bindegewebe der Cutis, die tiefen Schichten des Epithels und ein großer Theil der Haarwurzeln zur Anheilung gebracht. Das Nachwachsen des fehlenden Fettes wurde mehrfach bestätigt. Die Schrumpfung ist zweifellos viel geringer als nach Thiersch'scher Transplantation; denn eine Narbenbildung findet nur an der Randzone statt.

Diese Eigenschaften des Krause'schen Lappens, sich von einem gestielten funktionell nicht wesentlich zu unterscheiden, sind eine Bürgschaft für die Eignung solcher Doppellappen zu den verschiedensten plastischen Zwecken.

---

[2] Kongressbericht 1886.
[3] Kongressbericht 1888.
[4] Kongressbericht 1893.
[5] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIV.
[6] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV.

III.

(Aus der chirurg. Klinik des Hofrathes Prof. Rydygier in Lemberg.)

Über das Sterilisiren der Seidenkatheter.

Von

Dr. M. W. Herman,

Assistent an obiger Klinik.

Eine sichere und bequeme Sterilisationsmethode, die überall und bei allen Arten von Kathetern leicht durchzuführen wäre, soll noch immer gefunden werden. Bei der ungemein großen praktischen Wichtigkeit der Sache verlohnt es sich gewiss, danach zu suchen.

Metall- und Nélatonkatheter lassen sich am sichersten und bequemsten durch Auskochen sterilisiren. Diese Methode lässt sich leider nicht bei den seidenen Kathetern anwenden, die doch in gewissen Fällen uns speciell große Dienste erweisen. Schon nach 3—4-maligem Auskochen wird ihre Oberfläche rauh und von Sprüngen durchsetzt. Die Katheter werden vollständig unbrauchbar.

Mit der Lösung dieser Frage beschäftigt, versuchte ich, nach vielen anderen Versuchen, die Seidenkatheter in einer gesättigten Ammonium sulfuricum-Lösung auszukochen. Ich verfiel gerade auf diese Flüssigkeit, weil sie unlängst von Elsberg aus New York in diesem Centralblatte[1] zum Auskochen von Katgut empfohlen wurde.

Bei meinen Versuchen gelangte ich zu nachfolgenden Schlüssen:

1. Die Seidenkatheter vertragen ein selbst mehrstündiges ununterbrochenes Kochen in dieser Lösung sehr gut. So z. B. behielten sie nach 5stündigem Kochen in dieser Lösung ihre Außen- und Innenfläche vollständig glatt und glänzend, wurden nicht steif, sondern im Gegentheil noch elastischer.

2. Auch beim häufigeren Auskochen nach wiederholtem Gebrauche bei verschiedenen Pat. blieben sie vollständig unverändert und brauchbar.

3. Selbst sehr stark verunreinigte Katheter werden, wenn man sie 3—5 Minuten in einer siedenden Ammonium sulfuricum-Lösung belässt, sicher und vollkommen sterilisirt.

4. Sie können direkt aus der Lösung ohne vorheriges Abwaschen nach Bestreichen mit Vaseline zum Katheterismus verwendet werden. Wir haben niemals bei unseren Pat. auch nach längerem Gebrauche eine Reizung der Harnröhre beobachtet, die man der nachtheiligen Wirkung der Ammonium-Lösung hätte zuschreiben können.

5. In derselben Lösung kann man mit gleichem Erfolge Nélatonkatheter, elastische Sonden, Sondes à boule, Bougies filiformes und dergl. auskochen.

---

1) 1900 Nr. 21.

Für die Praxis ist diese Methode die denkbar einfachste und am leichtesten auszuführen. In einer etwa 40 cm langen, 8—10 cm breiten und 5—6 cm tiefen kleinen emaillirten Blechwanne wird die Lösung durch jede beliebige Spirituslampe zum Sieden gebracht und darin die jedes Mal nöthigen Katheter ausgekocht. Diese kleine Blechwanne kann zugleich als Behälter zum Mitnehmen der Katheter auf die Praxis dienen.

Keine der bisher für die Seidenkatheter angegebenen Sterilisationsmethoden vereinigt in sich so vollkommen die beiden Vorzüge: Einfachheit in der Anwendung und Sicherheit des Erfolges.

Um das Auskochen noch einfacher zu gestalten, d. h. im gewöhnlichen Wasser zu ermöglichen, habe ich bei einer der besten diesbezüglichen Fabriken angefragt, ob es nicht möglich wäre, das Ammonium sulfuricum sogleich bei der Fabrikation der Masse, die zum Überzuge verwendet wird, zuzusetzen. Nachfolgende Versuche mit so hergestellten Kathetern müssten feststellen, ob dann die Oberfläche beim Kochen im gewöhnlichen Wasser glatt bleibt. Ich habe die versprochenen so präparirten Katheter noch nicht zu weiteren Versuchen erhalten.

---

1) **M. Gerulanos.** Lungenkomplikationen nach operativen Eingriffen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 361.)

G. unterzieht in seinem lesenswerthen Aufsatze die Lungenkomplikationen nach operativen Eingriffen einer allgemeinen Besprechung. Die Wichtigkeit des Gegenstandes erhellt aus der Thatsache, dass von 95 Todesfällen der chirurgischen Klinik in Kiel vom Jahre 1899 18 von einer Lungenaffektion begleitet waren. Ätiologisch kommt zunächst die Narkose in Betracht. Der Äther kann durch Anregung übermäßiger Schleimsekretion im Munde, Rachen und in den Luftwegen, dann aber auch durch toxische, reizende Wirkung seiner Dämpfe auf die Lungen selbst, ferner durch paralysirende Wirkung auf Herz, Gaumensegel, Zunge und Kehldeckel von direktem oder indirektem Schaden sein. Als vermittelndes Moment für die Lungenerkrankungen (Bronchitiden, lobuläre und lobäre Pneumonien) scheint dann häufig die Aspiration von Mundsekret hinzuzutreten. Bei der Chloroformnarkose liegen die Verhältnisse ähnlich, nur dass hier die übermäßige Schleimsekretion nicht statthat. Aber auch nach Operationen unter Infiltrationsanästhesie sind Lungenerkrankungen keineswegs selten, und scheint hier besonders die Hypostase von ursächlicher Wichtigkeit zu sein. Herzschwäche und ungenügende Athmungsbewegungen kommen dabei in Betracht, Dinge, die vielleicht durch die große psychische Erregung bei Operationen unter völligem Bewusstsein befördert werden. Völlig klar als durch Aspirationen entstanden sind die »Schluckpneumonien« oder Gangrän etc. im Gefolge von Kothbrechen oder nach Aspirationen septischen (Carcinom

etc.) Materiales, während eine andere Gruppe pneumonischer Affektionen auf embolischem Wege entsteht. Die Embolie kapillärer, unter Umständen septischer Thromben ist bekannt nach Bauchoperationen, auch schon nach einfachen Darmeinklemmungen vorkommend, während die Loslösung großer Venenthromben nach Bauchoperationen in der Nachbarschaft großer Venengeflechte, wie bei Uterusmyomen, Varicocele, Hämorrhoiden, ein nicht seltenes Unglück ist. Auch nach Kopfoperationen sind embolische Lungenaffektionen nicht rar (ob wegen der Klappenlosigkeit der Venen in dieser Region?). Schließlich ist auch anzunehmen, dass häufig Abkühlungen des Pat. gelegentlich der Operation die Bronchial- oder Lungenaffektion zu veranlassen scheint, und dass auch der psychischen Aufregung bei derselben eine schädliche Nachwirkung auf das Athmungsnoxum zuzuschreiben ist.

Von Interesse sind G.'s therapeutische bezw. prophylaktische Rathschläge. Mit Narkosen sei man thunlichst sparsam und gebe dem Chloroform den Vorzug vor dem Äther. Während bei Laparotomien am Darme gearbeitet wird, kann die Narkose ausgesetzt werden. Zur Vermeidung von Aspiration von Mundsekret Tieflagerung des Kopfes. Vorher ist Reinigung von Mund und Zähnen zu rathen, eben so wie (besonders vor Laparotomien) eine Magenausspülung. Zur Verhütung der Hypostase muss der Pat. nach der Operation zu tiefem Athmen angehalten, muss seine Körperlage öfter gewechselt werden. Brust und Bauch beengende Verbände sollen vermieden, gut genähte Bauchschnitte nur mit Pflaster gedeckt werden. Zur Vermeidung von luftbeengender Darmaufblähung hüte man sich nach Bauchoperationen vor Opium, statt dessen vielmehr eine Abführung (etwa Injektion eines aperitiven Salzes mit feiner Kanüle in Darm) den Vorzug verdient. Von inneren Medikamenten sind Morphium zur Bekämpfung etwaiger die Athembewegung erschwerender Schmerzen, ferner die Expectorantia und Herztonica von Wichtigkeit (Benzol, Digitalis, Kampher). Schließlich ist unnütze Abkühlung der Kranken zu vermeiden und namentlich hinsichtlich des Bades unmittelbar vor den Operationen Vorsicht geboten. (Der Vollständigkeit halber hätte Verf. auch die bekannten Gefahren der Narkosen bei künstlichem Lichte erwähnen können. Auch hätte auf die verhältnismäßige Häufigkeit und Wichtigkeit der rechtsseitigen Unterlappenpneumonie nach Operationen an Leber und Gallenwegen hingewiesen werden können, die Kehr hervorhob und die auch ich mehrmals sah. Kehr vermuthet ganz plausibel eine direkte Mikroorganismeninvasion durch die Lymphstomata des Zwerchfelles. S. dessen Volkmann-Vortrag No. 225, p. 1155.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **G. Seitz** (Konstanz). Die zahnärztliche Narkose. Ein Leitfaden für praktische Zahnärzte und Studirende der Zahnheilkunde.

Leipzig, **Arthur Felix,** 1900.

Verf. verfolgt mit seiner außerordentlich fleißigen Arbeit den ausgesprochenen Zweck, die Chloroformnarkose, »diese gefährlichste, zugleich aber auch verbreitetste aller Zwangsvergiftungen«, aus dem zahnärztlichen Operationszimmer zu verdrängen und dafür die Äthylchloridnarkose in dasselbe einzuführen. Die Technik und Symptomatologie der Äthylchloridnarkose wird daher besonders eingehend behandelt. Leider ist die Statistik der Äthylchloridnarkose (auf 3000 Fälle ein Todesfall an Synkope) nicht viel besser, wie die des Chloroforms, so dass den theoretischen Erwägungen zu Gunsten des Äthylchlorids das ausreichende Beweismaterial fehlt. Wenn daher der Standpunkt des Verf., dass für zahnärztliche Operationen die Gefährlichkeit des Chloroforms in keinem Verhältnisse steht zu dem erstrebten Zwecke, durchaus gebilligt werden muss, so wird andererseits kein Zahnarzt Angesichts der wenig ermuthigenden Statistik und der völlig unzulänglichen Erfahrungen mit Äthylchlorid es unternehmen, die altbewährten Anästhetica zum Zwecke der schmerzlosen Zahnextraktion aufzugeben. Nach Ansicht des Ref. ist die zahnärztliche Narkose möglichst einzuschränken und durch örtliche Betäubung zu ersetzen. Ist die Narkose unvermeidlich, so besitzen wir in dem Stickstoffoxydul und in dem Äther die zur Zeit besten und relativ ungefährlichsten Betäubungsmittel. Für Extraktionen von 1—2 Zähnen genügt stets das Stickstoffoxydul, für alle größeren Operationen ist eine kurze, also höchstens 15—20 Minuten dauernde Äthernarkose, vorausgesetzt, dass die Ätherdämpfe nicht zu koncentrirt (nicht über 8%) verabreicht werden, nach den langjährigen Erfahrungen des Ref. die beste und gefahrloseste Narkose, die wir besitzen. So lange nicht das von allen Zahnärzten mit Sehnsucht erwartete ideale Narkoticum gefunden wird, ist für den Praktiker kein Grund vorhanden, diese beiden bewährten Betäubungsmittel zu verlassen.

Boennecken (Prag).

---

3) **F. Engelmann.** Ersatz des Cocains durch Eucain B bei der Bier'schen Cocainisirung des Rückenmarkes. (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 44.)

E. hat an sich selbst den Werth des Eucains B bei Injektion von 0,01 des Mittels in den Lumbalsack erproben lassen und dabei recht unangenehme Nachwirkungen zu ertragen gehabt, ohne dass es außer einer leichten Parästhesie zu einer Anästhesie gekommen war. $^1/_2$ Stunde nach der Einspritzung stellten sich Schmerzen im Kreuz, allmählich immer heftiger werdend, ferner Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfröste und Fieber bis fast 39°, Kopfschmerzen, Kleinerwerden

und Unregelmäßigkeit des Pulses nebst Dyspnoe, Präcordialangst und Unruhe ein. Während die anderen Erscheinungen nach Morphindarreichung unter Schweißausbruch zurückgingen, hatte E. noch tagelang an heftigen Kreuz- und Kopfschmerzen zu leiden, die nur bei Ruhelage nachließen. — E. warnt desshalb vor weiteren Versuchen mit dem Eucain B. **Kramer** (Glogau).

---

4) **J. Bouglé.** Sutures artérielles.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. II. No. 7.)

B. hat an Hundecarotiden mehrere Nahtmethoden durchgeprobt und eigene ersonnen. Im Wesentlichen hielt er sich an die Invagination nach Murphy, ohne Längsincision des peripheren Endes bezw. mittels U-förmiger Haftnähte. Doch verspricht er sich auch die Verwendbarkeit seiner Naht Ende zu Ende mit 5—6 Knopfnähten, welche nur Media und Adventitia durchgreifen — also nicht als Fremdkörper in der Lichtung wirken. **Christel** (Metz).

---

5) **J. Preindlsberger.** Urologische Beiträge. I. Zur Behandlung impermeabler Strikturen der Harnröhre. II. Zur Behandlung der Ectopia vesicae nach Maydl. III. Haematuria e papillomate vesicae. Sectio alta. (Aus der chirurgischen Abtheilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitales zu Sarajevo.)

(Beiträge zur Dermatologie u. Syphilis, Wien, **Franz Deuticke,** 1900. p. 706—733.)

1) Verf. hat die traumatischen wie gonorrhoischen Strikturen nahe dem Septum urethrale und auf den prostatischen Harnröhrentheil übergreifend im Auge, deren erfolgreiche Behandlung durch den äußeren Strikturschnitt nicht gelingt. Wenn hierbei auch die Dittel-sche Methode der Mastdarmloslösung von der Pars membranacea nicht zum Ziele führt oder nicht angewandt werden kann, so empfiehlt er hierfür den Katheterismus posterior, über dessen Geschichte sich Verf. verbreitet. Ob diesem Sectio alta oder Punctio vesicae vorhergehen müsse, hänge vom jeweiligen Falle ab; der letzteren sei als Voroperation der Vorzug zu geben. 3 von ihm operirte Fälle werden ausführlich beschrieben. Im 3. Falle handelt es sich nicht um eine impermeable Striktur, sondern um eine frische Harnröhrenzerreißung durch Trauma. Die in einem Falle ausgeführte sofortige Naht der Punktionswunden scheint mir wegen sehr wohl möglicher Harninfiltration nicht empfehlenswerth, bei dicken Bauchdecken ohne wesentliche Verbreiterung des Hautschnittes auch nicht ausführbar.

2) In der Litteratur hat P. nur 26 Fälle von Blasenektopie gefunden, die nach der Maydl'schen Methode operirt sind. Davon endeten 7 tödlich. Bei der Häufigkeit jenes Bildungsfehlers hält Verf. diese Anzahl für sehr gering und glaubt, dass ein Theil wegen der schlechten Resultate nicht Gegenstand der Publikation wird.

*

Bei der noch herrschenden großen Uneinigkeit auf diesem Gebiete hält er es für geboten, weitere Erfahrungen darüber zu sammeln. 2 seiner Fälle werden ausführlich beschrieben. In beiden wurde die Implantation beider Harnleiter und des dazu gehörigen Blasenstückes nach Eröffnung des Bauchfelles in die Flexura sigmoidea ausgeführt. Der eine Fall endete tödlich am 9. Tage an diffuser eitriger Peritonitis in Folge von Nekrose des rechten Harnleiters, der andere nach 3 Monaten an diffuser Gastroenteritis. In beiden Fällen war bei der Sektion eine akute eitrige Pyelonephritis nachzuweisen.

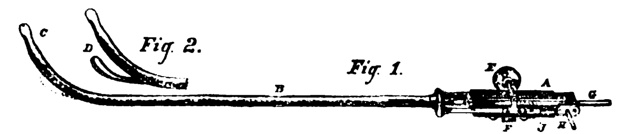
3) Entfernung eines erbsen- bis bohnengroßen Fibropapillomes der Blase durch hohen Steinschnitt, das große Beschwerden und durch seine Blutungen bedrohliche Erscheinungen hervorgerufen hatte und nur mittels Cystoskopie gefunden werden konnte.

Schultheis (Bad Wildungen).

6) **R. Newman.** Modifications of Bottini's instrument for the prostate by galvano-cautery.

(New York med. record 1900. Juli 14.)

Die Konstruktion des Prostata-Incisors, wie er von N. modificirt wurde, ist aus beifolgender Figur ersichtlich. Der Platinbrenner liegt an der konvexen Seite und wird durch 2 isolirte Kupferdrähte, nach Angabe ohne gleichzeitige Erhitzung des Instrumentes, ins



Glühen gebracht. Dadurch fällt der Wasserspüler weg, und das Instrument wird viel dünner. Es kann durch seine konische Schnabelform noch leicht in die Blase eingeführt werden, wo die gewöhnlichen Brenner längst versagen. Sogar eine Vorrichtung für filiforme Leitbougies ist angebracht.

Loewenhardt (Breslau).

7) **E. L. Keyes.** The evidences of prostatic atrophy after castration.

(New York med. record 1900. Juli 21.)

Nach einer Kritik der Statistiken über die Erfolge der Kastration bei Prostatahypertrophie giebt K. eine Tabelle von 12 Fällen, bei denen von den Autoren später eine mikroskopische Kontrolle stattfand. Nur 2 Berichterstatter gaben beginnende Atrophie an. Aber auch diese Notiz ist in Rücksicht auf die kurze Zeit seit der Operation (2 und 18 Tage) nicht zu acceptiren, da bei den 10 anderen bis 16 Monate später keine Bestätigung eines Erfolges nachgewiesen werden konnte. Da der erste Effekt genannten Eingriffes nur eine »Dekongestion« bedeutet, und die wirkliche Atrophie nicht vor 3 Monaten oder 1 Jahre zu erwarten ist (Albarran), haben auch

die großen Statistiken keinen Werth bezüglich des Endresultates, weil bei den meisten am Ende des 3. Monates schon von »Heilung« gesprochen wird. Die Bemerkung »Verkleinerung« bedeutet nur die Erfolge von Ruhelagerung und systematischer örtlicher Behandlung. Cabot's neuester Artikel (Boston med. and surg. journ. 1899 p. 393) bringt nur 2 Heilungen und 6 Fehlschläge. Jetzt müsste Mancher in der Lage sein, meint Verf., über sorgfältig lange Zeit beobachtete Fälle zu berichten. Bis dahin soll man den Berichten über Kastration eben sowohl wie der »außerordentlich unchirurgischen Operation von Bottini« mehr Interesse, als Glauben entgegenbringen. K. resümirt:

1) Experimente, welche die normale Prostata betreffen, lassen sich nicht ohne Weiteres auf das vergrößerte Organ übertragen.

2) Der pathologische Befund in einigen untersuchten Fällen ergiebt direkt, dass die Kastration vergeblich war.

3) Die meisten Heilungen und Besserungen nach der Operation sind zweifellos nur Erfolge lokaler Depletion.

4) Der Beweis für eben genannte Ansicht ergiebt sich klinisch aus den späteren Rückfällen.

5) Auch einige Dauerkuren mögen aus der Dekongestion hervorgehen.

Loewenhardt (Breslau).

---

8) **Leguen.** Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique.

(Presse méd. 1900. No. 80.)

L. giebt eine vergleichende Übersicht über die Erfolge der verschiedenen bei Prostatahypertrophie vorgeschlagenen und ausgeführten Operationen. Er betrachtet die von Poncet so warm empfohlene Cystostomie nur als ein Ultimum refugium und als einen Eingriff von rein palliativem Nutzen. Die Erfolge der Kastration sind auch nicht gleichmäßige: von 68 Prostatikern, welche 8 Monate bis 4 Jahre nach vorgenommener Operation untersucht wurden, wiesen nur 4 eine deutliche Atrophie der Prostata auf, während eine Verkleinerung des Volumens bei 41 Kranken auftrat; bei den übrigen 23 war der Zustand entweder unverändert oder die Prostata war größer geworden.

Die Resektion der Vasa deferentia hält Verf. für ein sehr unzureichendes Mittel; im günstigsten Falle treten bald nach der Ausführung der Operation geringe Besserungen ein, die aber sehr schnell wieder verschwinden, während irgend ein Einfluss auf das Volumen der Prostata nicht zu konstatiren ist. Der einzige Vortheil, den diese Operation darbietet, — und das sei auch die einzige Indikation zur Ausführung derselben — bestehe in der Unterdrückung der sonst häufig auftretenden Orchitiden.

Die günstigsten augenblicklich eintretenden Erfolge biete die Kauterisation nach Bottini, doch sehe man gar nicht selten schon nach 4—5 Monaten ein Recidiv auftreten; überdies betrage die Mortalität nach dieser Operation 5%. Es seien aber auch wirkliche

Heilungen mit der Methode erzielt worden, besonders in den Fällen, in denen ein lokalisirtes Hindernis vorliegt.

Diese Operation sei einfach, schnell ausführbar und wirksam.

Die Prostatectomia suprapubica hat eine Mortalität von 5—15% und eignet sich natürlich nur für die Fälle, bei denen es sich um eine isolirte Hypertrophie des mittleren Lappens handelt. Unter 333 gesammelten Beobachtungen war die Hypertrophie 121mal auf den Mittellappen beschränkt, 156mal waren sowohl Mittel- wie Seitenlappen betheiligt, und 56mal lag das Hindernis allein in den Seitenlappen. Unter Fortlassung der Todesfälle und der nicht genügend nachbeobachteten Kranken bleiben 242 Beobachtungen von Prostatectomica suprapubia übrig mit 140 Heilungen und Besserungen und 102 negativen Resultaten. Die Prostatectomia perinealis werde noch nicht so lange geübt, dass sich deren Dauererfolge schon übersehen ließen. Die Vereinigung dieser beiden Methoden von Prostatektomie zur isolirten Exstirpation des mittleren und der seitlichen Lappen wäre nach des Verf.'s Meinung indicirt, wie er überhaupt zu der Ansicht neigt, dass die Zukunft der Behandlung dieser Krankheit in der Totalexstirpation der Prostata gelegen sei, ein Problem, das allerdings bisher noch seiner Lösung harrt. **Sultan** (Göttingen).

---

9) **A. Pousson** (Bordeaux). De la prostatotomie et de la prostatectomie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 737.)

Alle Operationen am Genitalapparate, Doppel- oder einseitige Kastration, Durchschneidung des Vas deferens etc., bringen nur die Kongestionszustände der Prostata zum Schwinden und sind daher nur bei ziemlich akuten Harnretentionen in Folge solcher Zustände wirksam, versagen aber bei vollständiger oder unvollständiger chronischer Harnretention. Unter den Eingriffen, die bei dieser in Frage kommen, leistet oft am meisten die Prostatotomie oder die Prostatektomie. Für gerechtfertigt hält P. diese Operationen nur in den Fällen, in denen die hypertrophischen Partien der Drüse für die regelmäßige und völlige Entleerung der Harnblase ein anatomisches Hindernis bilden. Ein solches kann in einem abnormen, für jede Art des Katheterismus unpassirbaren Verlaufe des hinteren Abschnittes der Harnröhre oder einer abnormen Form des Blasenhalses oder des Blasengrundes gelegen sein und lässt sich durch exakte Untersuchung in der Regel sicher nachweisen und durch eine der beiden Operationen überwinden. — Die Vornahme dieses Eingriffes von der Harnröhre aus verwirft P. wegen der Gefahr der oft bedrohlichen Blutung einerseits, der Unsicherheit des Operirens im Dunkeln andererseits und empfiehlt, stets die Operation von einem hohen Blasenschnitte aus auszuführen. Während die Ränder der Blasenwunde mit je einer Fadenschlinge aus einander gehalten werden, führt er in die oberen Winkel der Blasenwunde ein mit einer elektrischen Lampe versehenes Spe-

culum, hält die Seitenwände mit eigens von ihm hierfür angegebenen durchbrochenen Seitenhebeln zurück und entfernt nun unter Leitung des Auges die den Urinabfluss hindernde Partie der Prostata mit Schere oder Messer. Die meist starke Blutung beherrscht er durch Anlegung von Klemmen, Thermokauterisation oder Tamponade. Die begleitende Cystitis sucht er durch Abschaben oder Kauterisation der Schleimhaut zu bekämpfen. Die Blasenwunde bleibt offen.

Von 15 derart Operirten starben 3, sämmtlich sehr alte und durch langes Leiden bereits stark heruntergekommene Pat. Von den 12 anderen wurde nur bei einem die Prostatotomie mit ungenügendem Erfolge — Pat. musste wieder zum Verweilkatheter greifen und starb 6 Monate danach an eitriger Pyelonephritis —, in allen anderen Fällen die Prostatektomie ausgeführt. 4 von diesen erlangten die Fähigkeit wieder, die Blase vollständig allein entleeren zu können, bei einem 5. Pat. wurde dieser Erfolg nur vorübergehend, bei einem 6. nur theilweise erzielt, und zwar betreffen diese günstigen Resultate relativ junge Personen, bei denen die Störungen der Urinentleerung noch nicht sehr alt und die Blaseninfektion noch nicht weit vorgeschritten waren. Bei allen übrigen Operirten erzielte die Operation nur ein Verschwinden der Zeichen akuter Cystitis, machte den Urin weniger eiterhaltig und ermöglichte eine leichtere antiseptische Auswaschung der Blase.

Reichel (Chemnitz).

---

10) **N. Jodice.** Nuovo processo di cistotomia perineale senza interessare la prostata.

(Nuova rivista clin.-therap. 1900. No. 10.)

J. empfiehlt, bei nicht zu großen, beweglichen Steinen die Blase vom Damme unter Mastdarmablösung frei zu legen und zu eröffnen. Die Blutung soll gering sein, der Stein leicht in die Wunde treten. Ob wirklich bereits das Verfahren praktisch geübt wurde, geht aus der Mittheilung, welche nur einen Auszug darstellt, nicht hervor.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

11) **Albers-Schönberg.** Zur Technik der Nierensteinaufnahmen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1900. Bd. III. Hft. 6.)

12) **Lauenstein.** Nachweis von Nierensteinen, die nur aus kohlensaurem Kalk und Tripelphosphat bestanden, durch Röntgenstrahlen.

(Ibid.)

13) **H. Wagner.** Nachweis von Nierensteinen mit Röntgenstrahlen.

(Ibid.)

14) **Levy-Dorn.** Phosphatstein in der Niere eines Erwachsenen.

(Ibid.)

15) **E. Levy** (Hamburg). Nachweis und Operation eines Phosphatsteines in der rechten Niere.

(Ibid.)

16) **C. Beck** (New York). Darstellung von Gallensteinen in der Gallenblase und Leber.

(Ibid.)

Vorstehende Arbeiten beschäftigen sich mit dem Nachweise von Steinen in inneren Organen, und zwar berührt die erste Arbeit nur die rein technische Seite, die anderen Arbeiten enthalten technische und kasuistische Mittheilungen. Lauenstein und Wagner bringen je zwei, Levy-Dorn und E. Levy je einen Fall von Nierensteinen. Nach alle dem scheint der Nachweis von Nierensteinen nicht nur in einzelnen Fällen möglich, sondern es erscheint auch gewiss, dass nach weiterer Ausbildung der Technik in den Röntgenuntersuchungen in Zukunft das sicherste Mittel zum Nachweis der Steine in den Nieren zu erhoffen ist.

Hieran anschließend bringt Beck drei Fälle, in denen es ihm gelungen ist, Gallensteine mittels Röntgenstrahlen nicht nur nachzuweisen, sondern genau zu lokalisiren, und zwar sind dies nicht nur zufällige Befunde, sondern sie sind das Produkt sehr vieler (100), mühevoller Vorversuche, bis Beck die Technik so weit modificirt hatte, dass ihm der Nachweis gelang. Eine ausführliche Arbeit verspricht Beck am Schlusse dieser Mittheilung.

H. Wagner (Breslau).

---

17) **H. Kümmell.** Die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Urins zur Feststellung der Funktionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffen.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 44.)

Auf dem letzten Kongresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie bereits hatte K. über die Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und Urins für die Feststellung der Funktionsfähigkeit der Niere berichtet (s. Referat in ds. Bl. Beilage p. 118). Er hat seitdem seine Untersuchungen weiter fortgesetzt und seine früheren Beobachtungen in allen — über 70 — Fällen bestätigt gefunden, so dass er nunmehr die Gefrierpunktsbestimmung als ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel zum Nachweise der Funktionsfähigkeit der einen Niere vor operativen Eingriffen ansehen zu dürfen glaubt.

Kramer (Glogau).

---

18) **A. M. Dolgow.** Zur Frage der Resektion von Nierengewebe.

(Wratsch 1900. No. 41. [Russisch.])

In einer vorläufigen Mittheilung bringt D. die Resultate seiner auf Veranlassung von Prof. Podres an Hunden unternommenen Versuche. Nierenwunden, sogar totales Durchschneiden, longitudinal

oder transversal, sind nicht unmittelbar tödlich. Die Erhaltung der Nierenkapsel und das Zusammenbringen der Ränder der Kapselwunde verbessern das Resultat wesentlich. Wunden der Kortikal- und der Medullarschicht sind von nicht gleicher Bedeutung. Man kann die ganze Rindenschicht der einen und die halbe Rindenschicht der anderen Niere entfernen; dagegen ist die Entfernung der ganzen Kortikalsubstanz beider Nieren zugleich sofort tödlich; wird diese Operation an beiden Nieren zu verschiedener Zeit mit bestimmtem Zwischenraume ausgeführt, so kann der Hund am Leben bleiben. Die Wunden der Markschicht sind immer gefährlicher; die gleichzeitige Verwundung der Hälfte der Marksubstanz beider Nieren ist tödlich; vertragen wird höchstens der Ausfall eines 2 Pyramiden umfassenden Bezirkes. Wird an der einen Niere die Rindenschicht, an der anderen die Markschicht verletzt, so magert der Hund ab und geht zu Grunde. Ist die eine Niere entfernt, so giebt jede Operation an der anderen, gleichviel ob an Rinden- oder Marksubstanz, dem Thiere bald den Tod. Im Urin von Hunden mit verletzter Niere erscheinen bald Albumen und große Mengen Kynurensäure; wird eine Niere entfernt, so verringert sich die Menge der Kynurensäure im Harn. Nach Entfernung der Rindenschicht wird die Menge des Stickstoffes der Extraktivsubstanzen größer. Die Schlussfolgerung ist: das Nierengewebe kann sehr bedeutende Eingriffe vertragen, was für die Diagnose und Therapie sehr wichtig ist.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

19) **S. Bernheim.** Les opérations du prépuce.

(L'indépendance médicale 1900. No. 46.)

Auf Grund von 3600 Operationen am Präputium bespricht Verf. die normale und pathologische Anatomie der Vorhaut. Totale Verwachsung zwischen beiden Vorhautblättern fand er in $^1/_8$ der Fälle. Die forcirte Dilatation bei Phimose, eben so partielle Excisionen sind fast immer von Narbenphimose gefolgt. Die vom Verf. immer bei vorliegender Indikation ausgeführte Circumcision erfordert einige Vorsicht bei Bestand von Diabetes, da hier leicht Gangrän im Gefolge der Operation auftreten kann. Eben so sah Verf. schwere Blutungen bei und nach der rituellen Beschneidung Neugeborener, und zwar besonders bei Kindern aus Verwandtenehen, welche häufig hämophil waren. Verf. operirt gewöhnlich in Bromäthylnarkose und legt großen Werth auf Erhaltung eines kleinen Theiles der Basis des inneren Blattes, wodurch die Narbenstenose besser vermieden werde.

Mohr (Bielefeld).

---

20) **Mauclaire.** Tuberculoses epididyme-testiculaires.

(Presse méd. 1900. No. 79.)

Als neue Operationsmethode der Hoden- und Nebenhodentuberkulose schlägt Verf. vor, das Vas deferens zu isoliren, doppelt

zu unterbinden und zu durchschneiden. Er hat mit dieser Methode gute Resultate erreicht, hat, abgesehen von der psychischen Wirkung der Erhaltung des Hodens, die tuberkulösen Anschwellungen sich verkleinern sehen und glaubt auf die angegebene Art die Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens so weit ausschalten zu können, dass eine sekundäre Erkrankung der Prostata und event. des anderen Hodens vermieden werden könne. **Sultan** (Göttingen).

---

21) **V. Moschkowitz.** The radical treatment of tuberculosis of the testis.

(New York med. record 1900. September 15.)

Die Radikalbehandlung der Hodentuberkulose kann außer der Kastration die Exstirpation des Vas deferens zusammen mit der korrespondirenden Samenblase verlangen. M. kastrirt zunächst auf die gewöhnliche Weise, bringt dann den Pat. in Steinschnittlage. Das weitere Vorgehen entspricht etwa der prärectalen Incision von Zuckerkandl (oder dem Kocher'schen Schnitte).

Der einzige Nachtheil sei die Möglichkeit einer Urinfistel; die Harnröhrenkontrolle während des Eingriffes wird durch ein Bougie vermittelt. O. Büngner (cfr. dieses Centralblatt 1893 p. 1018), der die Kastration mit Evulsion des Vas deferens empfahl, gab auch u. A. für ungünstige Fälle, wo die Tuberkulose vom Nebenhoden aufsteigend sich über Samenblase und Prostata verbreitete, die Freilegung von einem vorderen Mastdarmschnitte an, um die centralen Reste des Samenganges etc. zu entfernen.

Loewenhardt (Breslau).

---

22) **P. Reynier.** Traitement de l'hématocèle utérine.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 679.)

Die Frage, ob man retro-uterine Hämatocelen am besten mittels Laparotomie oder von der Scheide aus angreifen soll, wird von verschiedenen Seiten verschieden beantwortet. Die Mehrzahl der Pariser Chirurgen und Gynäkologen wollen streng die extra-uterinen Schwangerschaften von den Hämatocelen getrennt wissen und für erstere die Laparotomie, für letztere den Scheidenschnitt in Anwendung ziehen. — R. gehört zu der Minderheit, die in jedem Falle der Laparotomie den Vorzug giebt. Einmal betont er, dass man meist nicht sagen kann, ob die Hämatocele die Folge einer hämorrhagischen Salpingitis oder der Berstung eines extra-uterinen Fruchtsackes ist; namentlich aber legt er Werth darauf, dass in manchen Fällen die durch Eröffnung der Hämatocele bedingte Blutung sich nur durch Laparotomie beherrschen lässt. Zum Beleg berichtet er über 2 Fälle seiner Praxis.

Im 1. Falle folgte dem Einschnitte in die Hämatocele von dem hinteren Scheidengewölbe aus eine solche Blutung, dass R. sich genöthigt sah, während er mit der linken Hand einen Schwamm von

der Scheide aus gegen die blutende Stelle andrückte, sofort mit der rechten Hand den Leib in der Medianlinie zu eröffnen und die beiderseitigen Artt. ovario-uterinae abzuklemmen.

Im 2. Falle incidirte er in der Annahme, es mit einem eitrigen Exsudate zu thun zu haben, die Geschwulst oberhalb des Leistenbandes. Es quoll ein so starker arterieller Blutstrahl hervor, und die Kranke wurde schnell so bleich, dass er auch hier sofort die mediane Laparotomie anschließen und beide Artt. spermaticae internae abklemmen musste, um die Blutung zu beherrschen.

In beiden Fällen handelte es sich um Extra-uterin-Schwangerschaften. Beide Kranke genasen. R. sah aber früher ähnliche Fälle tödlich enden und behauptet — nach ihm von anderer Seite gewordenen Mittheilungen —, dass die Zahl solcher unglücklichen Ausgänge nicht selten sei.

Es erscheint bei der Wichtigkeit der Frage von Interesse, die in der Diskussion laut gewordenen Ansichten anderer Pariser Chirurgen in aller Kürze wiederzugeben:

Routier bervorzugt für die Hämatocelen des kleinen Beckens entschieden den Scheidenschnitt; er reiche für die Mehrzahl aller Fälle aus, da etwaige Placentarreste sich ausstoßen und verschwinden. Die Blutung habe er stets durch Tamponade beherrschen können. Übrigens stehe sie auch nach Abklemmung der Artt. utero-ovaricae nicht immer, sondern stamme zum Theil aus dem Schnitte der Scheidenwand, theils aus dem Boden des kleinen Beckens und verlange dann doch Tamponade. — Für alle Geschwülste, die nach der Bauchhöhle vorragen, empfiehlt auch er die Laparotomie.

Potherat glaubt die strenge Auseinanderhaltung von retrouteriner Hämatocele, die den Scheidenschnitt, und extra-uteriner Schwangerschaft, die eine Laparotomie erfordere, festhalten zu können.

Chaput hat auch einen Todesfall nach Scheidenschnitt beobachtet. Auf Grund seiner sonstigen Erfahrungen bevorzugt er gleichwohl den Einschnitt von der Scheide mit Ausräumung der Blutgerinnsel und Tamponade, will aber sogleich die Laparotomie anschließen, falls die Blutung nicht steht.

Lucas-Championnière ist energischer Verfechter der Laparotomie und glaubt nicht an die Ungefährlichkeit der Eröffnung der Hämatocelen von dem hinteren Scheidengewölbe aus.

Tuffier verlangt die scharfe Unterscheidung der Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft, bei denen diese noch fortdauert, und der Fälle von Hämatocele, bei denen die Frucht abgestorben ist, und empfiehlt für erstere die Laparotomie, für letztere den Scheidenschnitt.

Pierre Delbet will in allen Fällen, in denen die Blutung in die freie Bauchhöhle erfolgt, oder es zweifelhaft ist, ob die Schwangerschaft noch fortbesteht, die Laparotomie unter allen Umständen ausgeführt sehen. Er bevorzugt sie sogar in den Fällen, in denen allen Zeichen nach die Schwangerschaft und Blutung zum Stillstande gekommen ist, die Resorption des Blutergusses aber allzulange auf sich

warten lässt, neigt aber bei solchen wahren Hämatocelen, falls sie klein sind, mehr zu einem abwartenden Verfahren.

Pozzi will unter dem Namen »Hämatocele« nur die im Becken abgekapselten, alten Blutergüsse verstanden wissen und sie von der Scheide eröffnen. Der Blutung hat er stets durch Tamponade Herr werden können. Freilich thue man gut, mit der Eröffnung des Blutsackes mindestens 14 Tage nach seiner Entstehung zu warten. Bei frischer Berstung extra-uteriner Fruchtsäcke laparotomirt auch er.

Reichel (Chemnitz).

---

23) **A. Nedler.** Über Enukleation der interstitiellen Uterusmyome im Vergleiche mit anderen Methoden zur Entfernung derselben.

Diss., St. Petersburg, 1900. (Russisch.)

29 Fälle aus Prof. Lebedew's Klinik. Schlussfolgerungen: 1) Die Enukleation giebt eine Mortalität, die nicht größer ist als bei totaler Entfernung des Uterus: bei Lebedew 6,8%, bei Excision des Uterus nach Olshausen 9,6—10%. 2) Die supravaginale Amputation bietet dieselben Gefahren, wie die Enukleation, ohne deren Vorzüge zu besitzen. 3) Die Eröffnung der Gebärmutterhöhle ist bei guter Antisepsis nicht gefährlich. 4) Recidive sind selten — nur in 3% — und erfordern nicht immer eine neue Operation. 5) Die Multiplicität des Myoms ist nicht immer eine Kontraindikation gegen die Enukleation. 6) Nach der Enukleation kehrt die Größe und Form des Uterus bald zur Norm zurück und werden die früheren Funktionen des Organs wieder möglich.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

24) **Reynier.** Hystérectomie abdominale totale dans le cancer utérin.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 728.)

R. hat 13mal wegen Gebärmutterkrebs die abdominale Hysterektomie ausgeführt. Obwohl er in einer ersten Serie von 8 Fällen 2 und in einer zweiten von 5 Fällen wiederum 2 Todesfälle hatte, ist er gleichwohl von der Überlegenheit des abdominalen gegenüber dem vaginalen Wege überzeugt, selbst bezüglich der geringeren Gefahr bei gewissen Krebsformen, namentlich aber, weil die Laparotomie eine vollständigere Entfernung alles kranken Gewebes, insbesondere der Lymphdrüsen gewährleistet, als die Exstirpation durch die Scheide. R. glaubt auf dem abdominalen Wege jeden Gebärmutterkrebs operiren zu können, der noch nicht das vordere Scheidengewölbe und damit die Gegend der Einmündungsstellen der Harnleiter in die Blase ergriffen hat. Ein Übergreifen der Neubildung auf das hintere Scheidengewölbe ist von geringerer Bedeutung, da man den Mastdarm fast immer ablösen kann.

R. beginnt die Operation mit Umschneidung der Scheidenschleimhaut durch den Thermokauter, ohne das Cavum Douglasi zu eröffnen; starke Krebswucherungen kauterisirt er dabei. Dann öffnet er in Beckenhochlagerung den Bauch, legt an die Artt. utero-ovaricae und die breiten Mutterbänder Klemmen, durchschneidet die Bänder nach außen von der Neubildung, löst die Blase vom Uterus und nimmt diesen nun fort. Darauf geht er den Lymphdrüsen nach und sucht sie möglichst vollständig zu entfernen. Die an die Artt. uterinae gelegten Klemmen lässt er wegen der Schwierigkeit, die Gefäße in der Tiefe, ziemlich dicht an der knöchernen Beckenwand zu unterbinden, 48 Stunden lang, mit Gaze umhüllt, liegen. — Darüber, dass die Prognose bezüglich des Recidivs wenig günstig ist, so wie sich bei der Operation erkrankte Lymphdrüsen fanden, ist sich R. wohl bewusst.

Die Ansichten der Mitglieder der Pariser chirurgischen Gesellschaft über den Werth der Laparotomie beim Gebärmutterkrebs sind sehr getheilt:

Ricard ist ein Freund dieser Operation und hatte unter 9 Operationen, die sämmtlich vorgeschrittene Fälle betrafen, nur 1 Todesfall zu beklagen. Um über die Endresultate ein Urtheil abzugeben, ist die Zeit seit der Operation zu kurz.

Paul Segond glaubt nicht an eine derartige Besserung unserer Resultate durch die Laparotomie bezüglich der definitiven Heilung, um dadurch den entschieden schwereren und gefährlicheren Eingriff zu rechtfertigen. Bei nicht vorgeschrittenem Gebärmutterkrebs erzielen wir auch mit der vaginalen Exstirpation in einer immerhin nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen Dauerheilungen. Operirt man aber bei einigermaßen vorgeschrittenen Krebsen, die auf die Scheide oder Bänder oder gar die Lymphdrüsen übergegriffen haben, so sind die Endresultate jedes operativen Eingriffes unbefriedigend. Daran kann auch die Laparotomie mit Ausräumung der fühlbar erkrankten Lymphdrüsen nichts bessern, da wir ja aus anatomischen Gründen nicht in der Weise radikal vorgehen können, wie bei Ausräumung der Achselhöhle beim Brustcarcinom. — Der Laparotomie will S. daher nur dann den Vorzug vor der vaginalen Hysterektomie geben, wenn entweder der Gebärmutterhals erweicht ist und damit keine Handhabe für die fassenden Instrumente bietet, oder der Uterus zu groß ist, um ohne Zerstückelung von der Scheide aus entfernt werden zu können.

Terrier hat unter 9 abdominalen Totalexstirpationen des Uterus wegen Krebs 2 Todesfälle zu beklagen gehabt. Der Operation an sich spricht er die Berechtigung nicht ab; bezüglich der Recidive aber ist er durchaus Pessimist. Er geht so weit, zu behaupten: »Nach meinem Dafürhalten ist das Recidiv nach Operationen wegen Krebs stets die Regel. Die Fälle von Dauerheilung sind nach meiner Ansicht diagnostische Irrthümer.«

Michaux hat seit 2 Jahren die abdominale Hysterektomie als ausschließliche Methode bei allen noch operirbaren Fällen von Gebärmutterkrebs, die in seine Behandlung kamen, in Anwendung gezogen und von 13 Operirten nur 2 verloren, eine an Peritonitis, eine nach Heilung der Wunde an Lungenembolie. Als Kontraindikation der Operation betrachtet er nur die Ausdehnung der Geschwulst auf die Blase und eine absolute Verwachsung mit den Wänden des kleinen Beckens. Von den 11 geheilten Frauen wurden 4 bereits vor 14—18 Monaten operirt und zeigen keine Spur eines Recidivs.

Schwartz hat 6mal den carcinösen Uterus durch Laparotomie entfernt und stets mit Erfolg; alle 6 Operirten sind genesen. Er richtet seine Aufmerksamkeit nach Entfernung des Uterus auf die Harnleitergegend, die Gegend der Iliacalgefäße, die Basis beider Ligamenta lata und die Nachbarschaft des Foramen obturatorium, da sich hier besonders Drüsen finden, falls überhaupt welche da sind.

Routier hat alle 3 mittels Laparotomie wegen Krebs Hysterektomirte verloren, hingegen unter 78 vaginalen Uterusexstirpationen 10 Todesfälle gehabt. Er verwirft den abdominalen Weg, bleibt Anhänger der vaginalen Hysterektomie, macht aber auch sie nur so lange, als der Uterus noch beweglich ist.

Richelot bekämpft energisch die Ansicht, dass man mittels Laparotomie durch Entfernung einiger Lymphdrüsen wirklich alles kranke Gewebe bei Krebsen, die nicht mehr auf die Gebärmutter selbst beschränkt seien, radikal entfernen könne. Von 16 mittels Bauchschnitt Hysterektomirten verlor er 8. Er will diese Operation auf die seltenen Fälle beschränkt wissen, in denen die Neubildung in beschränktem Maße die Grenzen des Uterus überschritten hat, derart, dass die vaginale Methode für eine Entfernung alles Kranken unzureichend erscheint, man andererseits aber keinen Grund zur Annahme einer diffusen Ausbreitung des Carcinoms hat. Überhaupt räth er, sich in der Chirurgie des Krebses zu beschränken: »Nicht die Chirurgie wird die Heilung des Krebses finden.«

Reichel (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

25) XIII. internationaler medicinischer Kongress in Paris 1900.

Aus den Verhandlungen der Sektion für urologische Chirurgie.

I. Die konservativen Operationen bei renaler Retention.

1. Berichterstatter: Küster (Marburg): Es giebt 2 Arten von Retentionsgeschwülsten der Niere. 1) die primäre Bildung, Cystenniere, die Sackniere, 2) die sekundäre, das aus der Pyelonephritis hervorgehende Empyem der Niere. Die letztere Gruppe kommt bei der Besprechung der konservativen Methoden nicht in Betracht.

Die Sackniere muss begrifflich als ein einheitliches Ding aufgefasst werden, es ist die durch Abflusshindernisse erzeugte Hohlgeschwulst der Niere, mag der Inhalt wässrig, urinös, eitrig, breiig oder sonst wie sein. Nach dieser Art des Inhaltes kann man weitere Unterabtheilungen bilden. Die Abflusshindernisse liegen

mit sehr seltenen Ausnahmen im Harnleiter, und zwar im oberen Drittel desselben, das dem zufolge fast ausschließliches Operationsgebiet hierfür ist. Die Beckenretentionen müssen konservativ, d. h. mit Erhaltung des Nierenparenchyms, behandelt werden, auch wenn die andere Niere gesund ist. 4 Gruppen derartiger Operationen stehen zur Verfügung: A. Anheftung der verlagerten Niere, häufig in Verbindung mit anderen Operationen, Freimachung des Harnleiters, Plastik etc. B. Herstellung von Anastomosen 1) zwischen Harnleiter und Harnleiter (Kelly), 2) Becken und Harnleiter (Trendelenburg), 3) Becken und Blase (Reisinger) [jetzt Pyelocystostomose Witzel, Ref.]). Grundforderung für diese Operationen ist Vermeidung todter Räume als Bildungsstätte für Harnsteine. C. Plastiken mit und ohne Resektion des Harnleiters: 1) Pyeloptychie (Pyeloplicatio Israel), 2) Einschneiden der Klappen und Quernaht (Fenger), 3) Resektion des verengten Harnleiters, am besten im Schrägschnitte, 4) Ureteropyeloneostomie (Trendelenburg, Küster). D. Nierenresektionen: 1) Resektion und Naht des Beckens (Albarran), 2) keilförmige Resektion der Niere bei Hydronephrose einer Hufeisenniere.

2. Berichterstatter: C. Fenger (Chicago): Wiederherstellung des freien Urindurchganges ist bei der remittirenden oder beginnenden Retention die Vorbedingung der Nierenschonung. Die Verstopfung kann liegen in den Kelchen (minores oder majores (Branches de l'urétère), im Beckengrunde, am Ursprunge des Harnleiters oder im Harnleiter selbst. Sitzt das Hindernis in den Kelchen I. oder II. Ordnung, so entsteht die umschriebene Nierencyste. Operation: Sektionsschnitt durch die Niere und durch die Scheidewände. Sitzt das Hindernis an der Beckenöffnung des Harnleiters (Klappenbildung oder schiefer Ansatz), so richtet sich die Operation danach, ob der obere Theil des Harnleiters verengt ist oder nicht. Im letzteren Falle wird die Klappe durch Eingehen quer durch das Becken, oder noch besser durch Operation außerhalb des Beckens aufgehoben. Ist dagegen eine Verengerung des Harnleiters daneben noch vorhanden (wie bei Infektion stets zu erwarten), so macht F. seine plastische Außenbeckenoperation, oder die Striktur wird resecirt und der Harnleiter in das Becken eingepflanzt. Eben so verfährt man bei Strikturen im Verlaufe des Harnleiters. — Zur Statistik und Prognose: unter 7 eigenen Fällen 5 Operationen ohne Recidiv (Klappenbildung, Operation quer durch das Becken, 6jährige Beobachtung; Verengerung der oberen Partie des Harnleiters außerhalb des Beckens, eben so lange; Klappenbildung am unteren Calix major, Operation außerhalb des Beckens, Schnitt durch Nierenparenchym, Trennung der Klappe und Scheidewand, 3 Jahre; plastische Excision einer Harnleiterklappe, 3 Jahre; Steinextraktion aus oberem Harnleiter, 1 Jahr später Plastik von anderer Seite ausgeführt, nach 6 Monaten vollkommener Verschluss, 2. Plastik durch F., kein Recidiv seit 1 Jahr). In 2 Fällen Recidiv mit Nephrektomie behandelt.

3. Berichterstatter: Bazy (Paris): Die Abflusshindernisse im Harnleiter sind Verengerungen, Knickungen, falscher Ansatz, Steine. Die Knickungen sitzen fast ausschließlich am oberen Ende des Harnleiters; die Verhältnisse liegen ähnlich wie bei der Wanderniere und dem falschen Ansatze. Die Steine, eben so wie die Strikturen können überall sitzen, finden sich aber meist an beiden Enden. Die Strikturen entstehen durch eine Schädigung der Wand oder durch narbige Einschnürung in Folge entzündlicher Vorgänge außerhalb derselben (Perimetritis, Perinephritis etc.); sie findet sich regelmäßig, und das darf nie übersehen werden, bei Harnleiter-Scheidenfisteln. — Die Retentionen können intermittirend, remittirend, kontinuirlich sein. Die beiden ersten Formen gehören zu den beiden ersten Kategorien, Knickung, falscher Ansatz, Wanderniere einerseits, Beckenstein andererseits. Die kontinuirlichen sind manchmal auch durch Steine, in der Regel aber durch fortschreitende Zuschnürung bedingt, ihr Typus ist die geschlossene Hydro- und Pyonephrose. Eine andere wichtige Unterscheidung beruht auf dem Zutritte von Infektionserregern — aseptische Retentionen sind die Hydronephrosen, die septischen werden dargestellt durch die inficirte Hydro- und die Pyonephrose. — Die nierenschonenden Operationen sind nur angezeigt bei funktionstüchtigem Gewebe, dessen Beschaffenheit keine Gefahr für den Körper bietet, wie bei der ein-

fachen Hydronephrose absolut, weniger bei der inficirten. Einseitiger Nierenmangel lässt natürlich keine Wahl. Die Steine verfallen der Incision, Nephrotomie, Ureterotomie, Vesico- oder — ausnahmsweise — Vagino-Ureterotomie. Knickungen gleichen sich von selbst oder durch Nierenanheftung aus. Die abnormen Einmündungsverhältnisse werden plastisch (Uretero-Pyeloneostomie) geregelt, primär bei aseptischen Verhältnissen, sekundär bei inficirten Hydro-Pyonephrosen. Beckenresektionen und Faltungen nützen nichts, wenn die Operation nicht primär ist. Die Verengerungen können ausnahmsweise einmal durch Dehnung beseitigt werden, sonst unterliegen sie der Plastik, Uretero-Pyeloneostomie, Ureterotomie, Uretero-Cystoneostomie. Die plastischen Operationen am Beckenansatze des Harnleiters sollen bei Infektion lumbal geschehen, sonst ist auch der Weg durch die Bauchhöhle möglich, im unteren Harnleitergebiete abdominal, vom Medianschnitte aus. Der Weg durch die Scheide ist zu verwerfen. Infektionen des Harnleiters und des Beckens sind für Plastiken keine Kontraindikation, wohl dagegen ist es der Nierenabscess. Die Richtigkeit der entwickelten Grundsätze für die Behandlung ist für den Redner durch 7jährige Beobachtung und Erfolge erwiesen.

Diskussion: Albarran (Paris): Nach allen Gesichtspunkten, pathologisch-anatomisch wie klinisch, hält er im Gegensatze zu Küster die Unterscheidung zwischen Uro- und Pyonephrosen, aseptisch oder inficirt, für so wichtig und von ausschlaggebender Bedeutung, dass man diese beiden Gruppen von vorn herein trennen muss. Bei den renalen Retentionen, deren Ursache in der Niere selbst oder im Anfangstheile des Harnleiters sitzt, verlangt die Beseitigung des Urinabflusshindernisses verschiedene Behandlung, wenn man die Niere erhalten und Nierenfisteln verhüten will. Schon bei den einfachsten Verhältnissen (Steinentfernung, Krümmungsausgleich) muss man sich vergewissern, dass nicht ein neues Hindernis (Striktur) geschaffen wird. Unter den Hindernissen in der Nierentasche bilden die unvollständig fortgenommenen Scheidewände eine Ursache für das Fortbestehen von Nierenfisteln. — Aus Gründen der freien Übersicht verlangt A. im Gegensatze zu Bazy die breite Aufmachung der Niere in solchen Fällen. Am wichtigsten sind die Störungen am Harnleiter selbst, der zu hohe Ansatz am erweiterten Becken, der schiefe Ansatz mit Klappenverschluss, die Strikturen am oberen Theile mit oder ohne Knickung. Dazu kommen noch weitere Störungen längs des unteren Abschnittes des Harnleiters.

Zur Erkennung des Sitzes und der Art des Hindernisses ist die Harnleitersondirung von der Blase aus nützlich, die Operation selbst kann sie unter Umständen sehr erleichtern. Bei so gut wie aseptischen Verhältnissen können auch komplicirtere Eingriffe zur Freimachung des Urinabflusses einseitig vorgenommen werden; bei Pyonephrosen empfiehlt sich zweizeitiges Vorgehen, und die Regelung des Abflusses erst, wenn die Nephrotomie eine Reinigung des Beckens bewirkt hat; zuweilen kann allerdings eine Auswaschung der Pyonephrose allein eine genügende Umstimmung schaffen, um einzeitige Operation zu gestatten. Für einfache Verengerungen kann man die Dauerureterkatheter versuchen, bevor man blutig vorgeht. Die Spornoperation (Bardenheuer, Fenger) kann eine zu hohe Insertion des Harnleiters heilen, vorausgesetzt, dass wirklich der unterste Theil der Beckentasche noch oberhalb der Entleerungsstelle liegt (oder man fügt noch eine partielle Nierenresektion für diesen Abschnitt hinzu, Albarran), und das Hindernis im Harnleiter nicht unterhalb des Spornes liegt. Die Nierenfaltung (Capitonnage) dient meist wohl zur Unterstützung anderer Maßnahmen.

Anstatt der Uretero-Pyeloneostomie (Bardenheuer, Küster) lässt sich mit gleichem Erfolge, aber leichter, eine Anastomose zwischen Becken und Harnleiter herstellen (Albarran), wenn man einen Harnleiterkatheter durch eine seitliche, künstliche Kommunikation zwischen Harnleiter und Becken hindurchschiebt und liegen lässt. Statistik: Unter 8 Operationen zur Regelung des Urinabflusses (septisch oder aseptisch) 6 Erfolge seit 27 Monaten, 1 Misserfolg, 1 Todesfall.

Küster fürchtet bei der oben beschriebenen Albarran'schen Uretero-Pyeloanastomose todte Räume mit Steinbildung und möchte auch nach plastischen Operationen keinen Dauerkatheter, welcher die Eiterung unterhalten würde. Dem

gegenüber verweist Albarran auf seine günstigen Erfahrungen mit dem Harnleiterkatheter; der obere Theil des Harnleiters bei der Anastomosirung verödet und bildet keinen todten Raum.

Hamonic (Paris) sah die vollkommen stockende Urinsekretion nach Ureterkatheterisirung erst massenhaft in Gang kommen nach protrahirtem Bade (reflektorisch-spastische Verhaltung).

Legueu (Paris): Die konservativen Operationen, so hoch ihr Werth auch ist, sollen nur da angewandt werden, wo es sich lohnt, wo noch Niere genug da ist. Kleine, beginnende Retentionen lassen sich mit dem Harnleiterkatheter eventuell heilen, bei den größeren wenigstens die Diagnose auch bezüglich des Sitzes des Hindernisses stellen. Der Katheter kann aber auch gefährlich durch Inficirung werden, und in solchen, von vornherein wegen der Größe etc. nicht radikalen Erfolg versprechenden Fällen soll man lieber gleich zur Operation schreiten und bei septischen Fällen der konservativen Operation die Nephrostomie vorausschicken. Der lumbale Weg ist ungefährlicher und nicht schwerer, als der abdominale. Die seitliche Anastomose ist der Endanastomose vorzuziehen.

II. Über den Werth des chirurgischen Eingriffes bei der Tuberkulose der Harnwege.

Der 1. Berichterstatter, Saxtorph (Kopenhagen), behandelt die Blasentuberkulose. Die Miliartuberkulose kommt praktisch nicht in Betracht, es handelt sich nur um die isolirte chronische Uro- und Urogenitaltuberkulose, rein oder in Verbindung mit der gewöhnlichen Eiterinfektion. Der Ursprung der Blasentuberkulose ist fast stets ein älterer Lungenherd, von welchem aus die auf dem Wege des Blutes transportirten Bacillen, von der Niere absteigend, oder von der Prostata, Hoden, Samenbläschen aufsteigend, die Blasenschleimhaut erreichen, um in ihr sich einzunisten. Gegen primäre Infektion ist die Blase so gut wie immun. Eine radikale Behandlung der Blasentuberkulose würde also die Ausrottung der Ausgangsstelle im Uro- oder Urogenitalsystem durch Nephrektomie, Harnleiterresektion, Kastration etc. zum Ziele haben. Geht dies nicht, so kann man auch die Blasentuberkulose nicht radikal beseitigen wollen. Ist aber wiederum der Primärherd ausgeschaltet, so kann die Blasentuberkulose, wenn nicht zu alt oder zu tief eingewurzelt, von selbst ausheilen. Operativ ist die Tuberkulose nur von der Sectio alta aus unter Kontrolle des Auges blutig und mit nachfolgender Thermokaustik bei beiden Geschlechtern in Beckenhochlage auszurotten mit örtlicher und allgemeiner Nachbehandlung. Ist die Infektionsquelle für die Blase nicht ein für alle Mal zu verstopfen, so bleibt die Behandlung immer nur palliativ oder symptomatisch gegen Schmerzen und Urinbeschwerden gerichtet. Dahin gehört Sectio alta mit Thermokaustik und Drainage; Dammschnitt beim Manne, event. mit Auskratzung, Drainage; Auskratzung der kranken Stelle von der Harnröhre der Frau aus; lokale Behandlung mit indifferentesten Auswaschungen (Bor). Alle empfohlenen specifischen Mittel sind werthlos, Höllenstein wird nicht vertragen.

2. Berichterstatter: Hogge (Lüttich): Zur Chirurgie der Urethro-Genitaltuberkulose.

Die örtliche, unblutige Behandlung der Urethra posterior ist die gleiche wie die der Cystitis bei Tuberkulose. Als beste örtlich wirkende Antiseptica empfehlen sich Sublimat, Jodoform, Guajakol, Pikrinsäure, Ichthyol. Die übrigen Agentien sind unsicher, Höllenstein muss direkt verboten werden. Auf diese Art kann mit absteigender Wirkung günstig beeinflusst werden: 1) die Häufigkeit und Schmerzhaftigkeit der Miktion, 2) Hämaturie, 3) Pyurie. Die Urethritis anterior tuberculosa muss mittels des Endoskops örtlich behandelt werden, tuberkulöse Ulcerationen des Penis verfallen dem Messer. Zur blutigen Behandlung mittels Löffel und Thermokauter gelangt man beim Manne durch den Dammschnitt, von dem zugleich Blase und Prostata übersehen werden können. Die Cowper'schen Drüsen liegen ebenfalls im Bereiche der blutigen Behandlung.

Über die blutige Behandlung der Prostata- und Genitaltuberkulose ist Einstimmigkeit bisher nicht erzielt; die Erfahrungen der einzelnen Operateure, ihre

jeweiligen Erfolge nach individuellen Verhältnissen der einzelnen Fälle spielen dabei wohl eine große Rolle. Jedenfalls ist darüber kein Zweifel, dass bei Abscessen und Fistelbildung mit oder ohne Fungus im Bereiche der Prostata, des Vas deferens, der Samenbläschen, Nebenhoden und Hoden die blutige Behandlung den Vorzug verdient vor der exspektativen und rein medikamentösen, aber auch vor der interstitiellen Injektionsbehandlung wegen der größeren Sicherheit und Heilwirkung des Eingriffes. Hier wäre also die Operation direkt indicirt. Nicht solche Übereinstimmung besteht bei den anderen Formen und Stadien der Tuberkulose, im Anfangsstadium und bei den »massiven« Formen der Genitaltuberkulose, auch darüber, welche Ausdehnung der Eingriff haben soll. Bei der Hodentuberkulose kann man konservativ mit einfachen Resektionen am Samenstrange, Nebenhoden, Explorativschnitten in den Hoden auskommen, ohne Totalexstirpation; sind aber die Samenbläschen, Prostata, Blase mit erkrankt, so sprechen einzelne neuere günstige Erfahrungen dafür, dass man vor kühnen, ausgedehnten Operationen nicht zurückzuschrecken braucht, statt sich auf die einfache Kastration zu beschränken.

Der 3. Berichterstatter, Pousson (Bordeaux), giebt statistische Ergebnisse bei chirurgischer Behandlung der Nierentuberkulose.

Zu den Statistiken von Vigneron, Facklam, Palet (1892/93) fügt P. noch 161 Fälle aus den letzten Jahren hinzu, so dass über 600 Fälle insgesammt berichtet werden kann.

1) Allgemeine Ergebnisse:

a. Unmittelbare Mortalität der Operation im Ganzen 21,33%, für die letztjährigen Fälle aber nur 11,68%. Einzelne Operateure haben sie auf 8,95% gebracht. (In der Diskussion führt Albarran an, dass er unter 29 Nephrektomien nur 1 Todesfall [3,5%] habe, und eben so viel bei 15 Nephrotomien.) Die Mortalität bei Nephrotomie und Nephrektomie ist ziemlich gleich (20,8 gegen 21,47%), bei einzelnen Operateuren hat die Incision eine bedeutend höhere Sterblichkeitsziffer als die Exstirpation (18,51% gegen 6,54%). Unter den Ursachen des Todes ist 51mal bei 128 Todten mehr oder weniger vollkommene Unterdrückung der Urinsekretion vertreten als bisher hauptsächlich zu fürchtendes Ereignis.

b. Bezüglich des weiteren Verhaltens nach der Operation ergiebt sich: Nach 63 Nephrotomien 39 Todesfälle an Tuberkulose oder fortschreitendem Leiden innerhalb eines Jahres. Von den 24 Übrigen lebten Einzelne bis zu 10 Jahren, aber 1 mit Lumbarfistel. Von 335 Nephrektomirten starben [42 in einem Jahre an Bacillose, von den 293 Weiterlebenden starben 33 nach einem Jahre, 41 nach 2 bis 3 Jahren, 4 nach 5 Jahren, 7 nach 6 Jahren, 2 nach 8 Jahren; 7 von 105 hatten eine Fistel.

Es zeigt sich, dass die Herausnahme einer Niere im 1. Jahre nach der Operation weniger gefährlich ist, als die Nephrotomie (12,54% Mortalität gegen 61,70%).

2) Ergebnisse bei verschiedenen Formen und klinischen Umständen. Indikationen und Kontraindikationen:

a. Im Stadium der rein bacillären Infektion haben 10 Eingriffe wegen Schmerzen und Blutungen keinen Tod zur Folge gehabt und keine Störung des Harnapparates. Die Diagnose eines versteckten tuberkulösen Herdes würde also genügen, um den Eingriff zu rechtfertigen.

b. Im Stadium der Mischinfektion sind die Resultate weniger befriedigend, aber gleich bei primärer und sekundärer Tuberkulose.

c. Die Zweiseitigkeit des Leidens kontraindicirt den Eingriff nur, wenn die andere Niere echte Tuberkulose beherbergt; eine leichte, harmlose Nephritis hindert weder Nephrotomie noch Nephrektomie, welche sogar bessernd auf das Leiden der anderen Niere wirken.

d. Die Blasenreflexe verschwinden nach dem Eingriffe sowohl bei tuberkulösen wie anderen Mischinfektionen und können örtlich mit besserem Erfolge weiter behandelt werden.

e. Zustand der Lungen und allgemeine Indikationen und Kontraindikationen haben dieselbe Bedeutung wie für alle Operationen.



3) Ergebnisse nach den einzelnen Arten des Eingriffes. Wahl der Methode:

a. Die Nephrotomie kann nur durch die Nothwendigkeit aufgedrungen werden; mit Auslöffelung verbunden, kann sie bei der »massiven« Form der Erkrankung, besonders bei der sehr seltenen hydronephrotischen Form in Frage kommen und ist bisher nur bei der Pyelonephrose in Anwendung gekommen mit zeitweiligem Erfolge und dabei immer mit Fistelbildung.

b. Die primäre Nephrektomie ist die Operation der Wahl, 21,79% Mortalität gegen 30,76% Mortalität bei der sekundären Nephrektomie; die letztere ist erfolgreich im Verlaufe von 2—3 Monaten ausgeführt.

c. Der extraperitoneale Weg fordert nur 21,21% Opfer gegen 34,04% transperitonealer Operation.

d. Die selten ausgeführte partielle Nephrektomie hat sich als ungenügend erwiesen, das erhaltene Parenchym der Niere war, wenn nicht tuberkulös, doch sonst häufig entzündet.

III. Dauerergebnisse operativer Behandlung der Prostatahypertrophie.

1. Berichterstatter: v. Frisch (Wien): Ein wirklicher Dauererfolg kann nur erwartet werden von den »Radikal«-Operationen, welche das Urinabflusshindernis unmittelbar beseitigen. Dahin gehört die Prostatectomia suprapubica, perinealis, lateralis und die galvanokaustische Incision nach Bottini. Der Erfolg ist um so dauerhafter, je ausgiebiger das Hindernis beseitigt und der Weg auch nach der Vernarbung freier geblieben ist. Man wird ihn am sichersten bei den Operationen erwarten können, wo man unter Kontrolle des Auges arbeiten kann, wie bei den Prostatektomien. Aber gerade diese sind an sich und unter den gegebenen Umständen gefährlich, wie übrigens auch die Bottini'sche Operation nicht so harmlos ist. Mit all diesen Methoden können unter Umständen tadellose Ergebnisse erzielt werden, selbst bei ungenügender Blasenmuskelkraft; nur fehlt es uns leider an bestimmten Anhaltspunkten zur Prognose wie zur Wahl der Methode und für unser Vorgehen im Einzelnen. Denn die Fälle und die individuellen Eigenthümlichkeiten sind außerordentlich verschieden. Bei der Bottini'schen Kaustik giebt selbst das Cystoskop nicht einmal immer Aufschluss über die eigentliche Ursache der Retention, und bei der Prostatektomie kann es eben so liegen. Auch giebt der augenblickliche Erfolg noch keine Gewähr für die spätere Zeit, wo die Narbenformation und weitere Drüsenveränderungen neue Hindernisse schaffen können.

2. Berichterstatter: Legueu (Paris): Auf 3 Wegen hat man bezweckt, der Prostatahypertrophie oder ihren Folgen entgegenzuwirken, mit den Hodenoperationen, Cystostomien und den Prostatektomien. Bei den ersteren haben die Ersatzoperationen am Samenstrange die Kastration nicht ersetzen können. Die Kastration beider Seiten hat zwar die erst erregten Erwartungen nicht erfüllt, hat aber doch den Kranken subjektiv verhältnismäßig größeren Nutzen gebracht, als der anatomischen Einwirkung auf Verkleinerung der Prostata entspricht. Die Kranken fühlen sich erleichtert durch das Verschwinden der kongestionellen Reizzustände, durch die Wiederkehr der Blasenkontraktilität, die Verringerung des Residualharnes durch die weniger häufig nothwendige Katheterisirung und Miktion. Bezüglich einer Dauerwirkung muss man aber gegenüber den anderen Methoden sagen, das Opfer lohnt sich nicht. Die Cystostomie hat ihren Werth als Drainage, aber keinen gegen die der Prostatahypertrophie eigenthümlichen Leiden, sie ersetzt ein Siechthum durch das andere.

Der direkte Angriff auf die Prostata verspricht allein die Zukunft für sich zu haben. Das Adenom und Fibrom der Drüse muss eben behandelt werden wie die gleiche Geschwulstbildung anderer Organe. Über die Dauerwirkung der elektrolytischen Prostatotomie nach Bottini fehlen uns allerdings noch genügende Erfahrungen. Das Verfahren ist blind, und vielfache Recidive sind bezeugt. Die Wegnahme eines Theiles der Prostata wirkt ausgezeichnet, aber nur, wenn eben ein Theil der Drüse, gestielt oder nicht, der Entleerung der Blase sich entgegenstellt.

Totale Hypertrophien, totale Stenosen können nur durch die totale Prostatektomie bekämpft werden. Obwohl heute die Operation noch nicht voll gewürdigt werden kann, hat man doch den Eindruck, dass die frühzeitig vor dem Eintritte der üblen Begleiterscheinungen ausgeführte perineale totale Prostatektomie die Operation der Wahl werden wird.

Aus der Diskussion ergiebt sich im Allgemeinen eine Übereinstimmung mit den Berichterstattern dahingehend, dass die Operationen an der Prostata selbst, vor Allem die Prostatektomien, immer mehr Boden gegenüber den Aushilfsoperationen gewinnen. Bezüglich der Ersatzoperationen für die Kastrationen kommen folgende statistische Ergebnisse zum Vorscheine: Carlier (Lille) hat unter 6 Resektionen des Samenstranges nur 2mal günstige Erfolge, Nicolich (Triest), ein großer Freund der Vasektomie, hat dieselbe 35mal ausgeführt, aber doch nur 5 = 14% Heilungen, Hogge auf 3 doppelseitige Vasektomien nur vorübergehende Besserungen, Harrison dagegen bei über 100 Vasektomien bei mehr als 60 Jahre alten Leuten im Allgemeinen weit überwiegend dauernde, gute Resultate gehabt.

Über die Bottini'sche Operation lautet die Statistik der Kongressredner folgendermaßen: Nicolich (Triest) unter 29 Fällen 22 Heilungen, 2 Nichtbesserungen, 2 Todesfälle; E. Frank (Berlin) hat auf 7 Operationen 6 befriedigende Erfolge; Freudenberg (Berlin) hat bei 69 Kranken 86mal operirt mit 50% Heilungen, 26% Besserungen, 13% Nichterfolg, 11% Tod, davon unter den letzten mit besserer Technik operirten 11 Fällen 9mal vollen Erfolg erzielt; Giordano (Wien) hat bei 15 Kranken 9 Heilungen, 3 Besserungen, 3 Nichterfolge; bei den Geheilten figurirt aber 2mal Nothwendigkeit, die Operation zu wiederholen, einige Pat. mussten wieder zum Katheter greifen. Eine Generalstatistik ergiebt nach Freudenberg 86,63% gute Erfolge, 7,66% Nichterfolge, ca. 5% Mortalität.

Statistik der Prostatektomie: Pousson (Bordeaux) hat 20 Prostatektomien mit 5 Todesfällen bei sehr alten Leuten und ausgesprochener Infektion, 6 vollkommene, 2 nicht vollständige Heilungen, in allen anderen Fällen Aufhören der cystitischen und infektiösen Erscheinungen; Giordano (Wien) hat 3 Operationen mit je einer Heilung, Besserung, Misserfolg; Desnos (Paris) 29 Prostatotomien (suprapubica) mit 17 guten Erfolgen bis zur Heilung, 7 Nichtbesserungen, 3 Todesfällen; Loumeau (Bordeaux) hat auf 3 partielle Prostatektomien 3 erhebliche Besserungen.

IV. Dauerergebnisse nach blutigen Eingriffen bei den Verengerungen der Harnröhre.

Der 1. Berichterstatter, R. Harrison (London), zieht aus den vorliegenden Erfahrungen folgende Schlüsse: Sitzt bei den periurethralen Verengerungen der Urethra posterior die Schnürung nur in den fibrösen Strängen der Submucosa, so dass bei der Divulsion (Perrève und Holt'sche Operation) nur diese Stränge zerrissen werden, während die unverengt gebliebene Schleimhaut glatt auf ihren normalen Umfang gedehnt werden kann, so kann man auf einen wirklichen Dauererfolg rechnen. Ist die Schleimhaut aber selbst in die Verengerung mit einbezogen, so reißt sie mit ein, und dann giebt es, wie bei den äußeren Verletzungen, unfehlbar eine neue Striktur.

Die Urethrotomia interna kann nur in den Fällen, wo höchstens ein mittelgroßer Schnitt genügt, um die ganze Dicke der Striktur zu trennen, die normale Lichtung dauernd und durch sich allein herstellen; die nachgelegte Bougie ist zwar durchaus zu empfehlen, aber nicht auf ihr beruht die gute Wirkung.

Sind die Strikturen dagegen mehrfach und zu mächtig, so ist die Urethrotomia interna ungenügend, um die Wiederkehr der Striktur sicher zu verhüten. Die Verletzungen der Harnröhre zeigen die toxischen Wirkungen des Urins sowohl auf die betroffenen Gewebe selbst, wie auf den Organismus im Ganzen, die Gefahr wird aber um so geringer, wenn eine passende Ableitung die Urinstauung verhütet. Bei den mit Incision vorbehandelten, aber recidivirenden Strikturen und solchen von zu großer Ausdehnung soll man dieselben lieber nach allgemeinen chirurgischen Principien im Ganzen ausheben. Die Neigung zur Retraktion und zum Recidiv nach Urethrotomia interna wird durch gleichzeitige Anwendung syste-

matischer und immer wirksamer Drainage, kombinirt mit Urethrotomia externa oder perinealer Punktion, beträchtlich verringert.

2. Berichterstatter: Heresco (Bukarest): Keines der bis jetzt bekannten blutigen Verfahren gegen die Striktur kann dieselbe endgültig heben, ausgenommen in bestimmten Fällen die Resektion der Harnröhre. Die Urethrotomia interna dient besonders bei der gonorrhoischen Sklerose, aber sie führt keine radikale Heilung herbei, sondern erleichtert nur die Dilatation, ohne welche die Harnröhre sich wieder zusammenzieht. Je nach der Natur der Striktur und der Ausgiebigkeit der Dehnung bleibt die Harnröhre wochen- bis jahrzehntelang weit. Die Urethrotomia externa verhält sich auch nicht viel anders; aber wenn der Damm von Verhärtungen, Fisteln durchsetzt ist, hat diese den großen Vorzug, dass die umliegenden Theile wenigstens abgelöst werden. Die Resektion der Harnröhre kann allein unter ganz bestimmten, nur leider sehr selten gegebenen Bedingungen eine Radikalheilung herbeiführen. Allen blutigen Eingriffen soll aber dauernde Dilatation folgen.

Der 3. Berichterstatter, Albarran (Paris), unterscheidet zwischen entzündlichen und traumatischen Strikturen. Bei den entzündlichen, nicht komplicirten Strikturen ist die Recidivfähigkeit am größten nach der Elektrolyse; dann in absteigender Häufigkeit nach der progressiven Dilatation, Urethrotomia interna, externa, Resektion, Plastik. Die einzeitig, im raschen Zuge durchgeführte Elektrolyse ist bezüglich des Recidivs am unzuverlässigsten, die allmählich durchdringende wirkt vielleicht besser, aber ein abschließendes Urtheil ist darüber noch nicht möglich. Die fortschreitende Ausweitung der Harnröhre muss methodisch bis Béniqué 60 durchgeführt werden und kann unter bestimmten Bedingungen, wenn es gelingt, den Kanal glatt und geschmeidig zu erhalten, die Urethritis zu heilen und der urethralen und periurethralen Infektion entgegenzuwirken, auch gute Dauerwirkung entfalten; die Harnröhre muss nur danach immer von Neuem auf ihre Weite geprüft werden. Die Urethrotomia interna ist als nichts anderes zu betrachten, als die Vorarbeit für die allmähliche Dilatation und wirkt namentlich in mehreren kleineren Schnitten unter den bei der Dilatation angeführten Bedingungen günstig. Die Urethrotomia externa wirkt energischer und unter Umständen auch für sich allein; sie erfordert aber im Allgemeinen dieselbe Nachbehandlung (Dilatation etc.) und ist nur bei begrenzten Strikturen anwendbar.

Die Resektion der Harnröhre in der Damm-Hodensackgegend giebt bei vollständiger Exstirpation des Erkrankten auch ohne Nachbehandlung dieselben oder noch bessere Dauererfolge, wie die Urethrotomia externa; in dem Penisbezirke hat sie aber Verkrümmungen des Gliedes im Gefolge.

Bei komplicirten entzündlichen Strikturen (Geschwülsten, Fisteln) kann nur Urethrotomia externa, noch besser aber die Resektion helfen. Die Plastiken haben ihre besonderen Indikationen.

Bei den traumatischen Strikturen versagen alle Methoden, außer der Resektion, welche aber hier noch bessere Dauerergebnisse liefert, als bei den entzündlichen Strikturen.

Von Einzelmittheilungen auf dem Kongresse seien nach dem Berichte der Gazette des hôpitaux folgende hervorgehoben:

Zur Chirurgie der Urethra:

Legueu (Paris) berichtet über 2 Fälle von retrogradem Katheterismus wegen Ruptur der Urethra posterior, von denen der eine ohne Zusammenhang mit dem Eingriffe einige Tage später tödlich endete, der andere per primam genas. Das Verfahren hat gegenüber der Ausstopfung ganz unleugbare Vorzüge.

Perkucki berichtet über einen Fall von chronischer Blennorrhagie bei doppelter Harnröhre. Heilung durch Spaltung des Kanales.

Javet (Paris): Über die Behandlung der Blennorrhagie bei der Frau, mit Infektion der Urethra, der Skene'schen, Bartholin'schen Drüsen, der Scheide und des Collum uteri. Alle diese Herde müssen desinficirt werden. Für

die Harnröhre dient eine Bespülung mittels rückläufigen Katheters mit 0,5—1,0 zu 1000 Kal. hypermangan.-Lösung, die Skene'schen Drüsen werden ausgedrückt und mittels feinster Spritzenkanüle mit 1 : 300 der Lösung bespült, eben so die Bartholin'schen Drüsen; die Scheide mit 0,5 : 1000 ausgespült, das Collum uteri mittels eines mit 1 : 100 getränkten Tampons behandelt.

Pasteau (Paris): Über urethrale Neuralgien, welche namentlich beim weiblichen Geschlechte im Gefolge von chronischen Blennorrhagien auftreten. Behandlung erfordert Bekämpfung der Urethritis mittels Antiseptica, der Schmerzen mittels Anästhetica und der gewöhnlich vorhandenen Sphinkterkontraktur durch Dilatation mittels eines eigenen kannelirten und mit Centralkanal zur Instillation von Guajakol (5 : 100) versehenen Béniqué.

Dorst (Amsterdam): Über Phagocytose vom praktischen Gesichtspunkte aus. Lokale heiße Applikationen befördern die Koncentration der polynukleären Leukocyten und die Ausscheidung des Virus.

Frank (Berlin) hat bei 210 Fällen von Urethritis posterior in jedem Falle die Prostata mitergriffen gefunden, und 96mal bereits innerhalb der ersten 8 Tage. Durch die Behandlung muss das Fortwandern des Virus von der vorderen Urethra auf die hintere durch koupirende Auswaschungen verhütet werden. Unter 651 Fällen war die hintere Urethra 210mal = 33,25% ergriffen. In dem Prostatasekret fanden sich 179mal Gonokokken, 20mal andere Bakterien.

Freudenberg (Berlin) empfiehlt zur Elektromassage der Prostata die Methode mit dem in den Mastdarm eingeführten, als Leiter dienenden »elektrischen Finger«.

Zur Chirurgie der Blase.

Bezüglich des besten Verfahrens, die Blase zu schließen, geht die Neigung der Chirurgen mehr und mehr dahin, einfachen Nahtverschluss zu wählen. Imbert (Montpellier) hat Thierexperimente gemacht, welche zeigen, dass bei intraperitonealen, 1—2 cm langen Blasenwunden dieselben innerhalb 48 Stunden vernarben. Nach dem Blasenschnitte wird möglichst vollkommener Blasennahtverschluss mit Drainage des Cavum Retzii von Carlier (Lille) empfohlen, außer bei zu tiefer Alteration der Blasenwand. Michailowski (Philippopel) hat 28mal mit 2 Todesfällen die Blase in einer Lage geschlossen; dasselbe Verfahren empfiehlt Dellagrammatica (Konstantinopel). Bei Kindern eignet es sich noch mehr, wie bei Erwachsenen. Über die Anwendung des Dauerkatheters hierbei bestehen verschiedene Meinungen: Nicolich (Triest) verwirft ihn als gefährlich, Legueu hat ihn meist nützlich befunden.

Über Blasensteine berichten Chevalier (Paris): Inkrustation der Schleimhaut mit Auskratzung; Juarez de Mendoza (Madrid): 2 encystirte Steine; Reynès (Marseille) und Pavone (Palermo): Extraktion von Haarnadeln nach Cystoskopirung; Sepp (Amsterdam): Seidenfaden nach Laparotomie.

Hache (Beyruth) empfiehlt die Boutonnière zur Extraktion von Blasensteinen beim Kinde.

Ethnologische Mittheilungen über Blasenkrankheiten machen Trekaki (Alexandria), welcher die häufigen Blasensteine in Ägypten (10% der eingeborenen Krankenhäusler) auf den Genuss von Nilwasser mit seinen Salzen und den Bilharziaeiern schiebt. Preindlsberger hat in Bosnien 4—5mal mehr Blasensteinkranke als in Böhmen, und zwar bei Christen mehr als bei Muhamedanern, gefunden. Kallivagis (Athen) stellt das häufige Vorkommen in Griechenland in Folge der vegetarischen Lebensweise (frische Tomaten!) fest.

Javet (Paris), Hogge (Lüttich), Nanu (Bukarest) beschäftigen sich mit der Bakteriurie und ihrer Behandlung. Die Ersteren empfehlen zur Desinfektion und Klärung des Urins das Urotropin in Dosen von 0,25—1,0 pro die.

Albarran und Cottet (Paris) sprechen über die Rolle der Anaëroben bei der Urininfektion und kommen zum Schlusse, dass die anaëroben Mikroben allein oder mit aëroben gemischt gutartige Urininfektionen herbeiführen können.

Diese Organismen spielen aber bei fast allen, wenn nicht in allen schweren diffusen, gangränescirenden Infektionen vorwiegend oder ausschließlich die Hauptrolle. Die Anaëroben können eben so wie die Aëroben die Träger einer Allgemeininfektion sein.

Kurz erwähnt werden die Vorträge von Denis Courtade (Paris) über die Blasenstörungen aus neurasthenischer Ursache und ihre Behandlung; Guisy (Athen) über Neuropathia urinaria und Psychopathia sexualis; experimentelle Studien von Bruci über die Toxicität des Urins und seine Immunisation; Goldberg über die Behandlung der Neurasthenia urinaria; Le Clerc-Dandoy (Brüssel): Ein neues Verfahren der Blasendrainage nach Sectio suprapubica; Loumeau (Bordeaux): Vesico-Vaginalfisteln; Hugh Hampton Young (Baltimore): Cystitis nach Typhusbacilleninfektion; Escat (Marseille): Leukoplasia vesicalis primitiva haemorrhagica.

Zur Chirurgie der Niere:

Kümmell (Hamburg) hat Untersuchungen angestellt über die Bedeutung der Gefrierpunktbestimmung des Blutes und des Urins vor Nierenoperationen und hat in Übereinstimmung mit Koránnyi bei genügender Urinausscheidung den Gefrierpunkt des Blutes auf —0,55 bis 0,57, für den Urin auf —0,9 bis 2° festgestellt, was namentlich dann von Werth sein kann, wenn man beide Nieren getrennt ureteral katheterisiren kann.

Mit dem Ureterenkatheterismus beschäftigen sich Casper (Berlin) und Albarran (Paris). Der Erstere hebt besonders die Bedeutung der Phloridzinprobe zur Erkennung der Nierenthätigkeit hervor.

Escat (Marseille) berichtet über eine Beobachtung von vasomotorischer und sekretorischer Nephroneurose. Ein junges Mädchen wird zum 1. Male nephrotomirt wegen einer Steinanurie mit hysterischem Charakter von mehr als 1monatlicher Dauer ohne Urämie. 1 Monat nach der Operation Wiederholung der Anurie mit Erbrechen. Genesung einfach durch Chloroformnarkose. Dann neues Recidiv mit täglichem Abgange von Kalkkarbonatsteinen; 2. Nephrotomie, die Niere bleibt 3 Monate offen. Jetzt Wohlbefinden 3 Monate nach Schluss der Wunde. Dazwischen Polyurie und Lipurie.

Pousson (Bordeaux) spricht über reno-renalen Reflex. Er glaubt an die Möglichkeit einer sympathischen Nierenerkrankung nach Analogie der sympathischen Augenerkrankung bei langer Dauer einer Nierenentzündung. Frühzeitige Operation beseitigt nicht allein das Leiden der einen Niere, sondern schützt zugleich die zweite.

Michon und Pasteau (Paris) theilen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen über die kleinen Nierenretentionen bei der beweglichen Niere mit. Sie variiren zwischen 7—40 ccm und setzen die Ausscheidungskraft der Niere herab. Die Diagnose kann bei so kleinen Mengen weder durch Palpation, noch durch den Einfluss auf die Beweglichkeit der Niere, noch durch Empfindlichkeit, sondern nur durch den Ureterenkatheter geschehen. Derselbe kann, wie in 2 Fällen beobachtet, allein zur Heilung führen. Sonst muss man zur Nephrorrhaphie (3 Fälle mit Heilung) greifen. Das Vorhandensein einer solchen kleinen Retention ist direkt Indikation für die Nierenanheftung.

Weitere Mittheilungen machen über die Wanderniere bei den Arabern Trekaki (Alexandrien); Reynès (Marseille) über neoplastische, pseudoessentielle Hämaturie; Mankiewicz (Berlin) über Nierenoperationen bei Erkrankung oder Fehlen der anderen Niere; Nanu (Bukarest): Nephrotomie bei Anurie wegen Uteruscarcinoms; Guillet: Nephrotomie wegen maligner Tumoren.

Herm. Frank (Berlin).

---

26) **F. Cathelin.** Calcul diverticulaire sous-uréthral développé autour d'une épingle à cheveux chez une jeune fille de 17 ans; taille uréthrale.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris T. LXXV. No. 7.)

Wegen Juckens im Orif. urethrae eingeführt hatte sich die Nadel — die Spitze voran — zwischen Harnröhre und vorderem Scheidengewölbe eingenistet. 3 Monate wurde sie ohne Beschwerde vertragen; dann entwickelte sich starke eitrige Cystitis. Durch Spaltung der Harnröhre wurde der Zugang zu der von einem unregelmäßigen Steine umgebenen Nadel gebahnt und diese nicht ohne Mühe entfernt. **Christel** (Metz).

27) **J. M. Thorn.** A case of recurrence of calculus in a paraplegic subject — suprapubic lithotomy — twice performed.

(Guy's hospital reports Vol. LIV. London. **J. & A. Churchill,** 1900.)

Bemerkenswerth an dem Falle ist, abgesehen von dem in der Überschrift Angedeuteten, Folgendes:

Der Stein hatte sich nach 10jährigem »Katheterleben« bei schwerer Cystitis entwickelt: es bestanden hochgradige Schmerzen und Krämpfe in den unteren Extremitäten. Die Einführung von Instrumenten durch die Harnröhre war durch Prostatahypertrophie sehr erschwert. — Bei der ersten Cystotomie wurde die Blase 2reihig mit Seide genäht, die Haut wurde ebenfalls bis auf eine kleine Öffnung geschlossen (trotz des fauligen Urins! Ref.). 6 Tage lang funktionirte die Heberdrainage per urethram, dann gab die Blasenwunde nach, und es musste von oben her drainirt werden. Trotzdem Entlassung schon nach 19 Tagen in erheblich gebessertem Zustande. Urin viel klarer, keine Schmerzen, keine Krämpfe, Katheterismus nur noch 2mal Nachts nöthig.

3 Monate später Wiederkehr der alten Beschwerden, wieder ein Stein zu fühlen. Versuch einer Extraktion durch die Harnröhre gelingt nicht, dabei zerbricht der Stein. Abermals Cystotomie; 3 Steinfragmente entfernt, die im Inneren Seidenfäden enthalten (versenkte Schleimhautnaht bei der 1. Operation! Ref.). Annähen der Blasenwunde an die Haut. Vom 14. Tage ab Verweilkathether, am 21. mit noch nicht geschlossener Wunde gebessert entlassen. Kräftiges Einpudern der Wundumgebung mit Borax hält die Haut ekzemfrei. **R. v. Hippel** (Dresden).

28) **R. Beneke.** Ein Fall von Osteoid-Chondrosarkom der Harnblase mit Bemerkungen über Metaplasie.

(Virchow's Archiv Bd. CLXI. p. 70.)

Verf. beschreibt ein in der Litteratur als Unicum dastehendes Präparat, das durch hohen Blasenschnitt bei einem 71jährigen Manne, der seit einigen Jahren an Harndrang und Blasenblutungen litt, entfernt worden war. Die kleinapfelgroße, blumenkohlförmige, steinharte Geschwulst hatte die ganze Blase ausgefüllt und saß mit einem Stiele an der hinteren Wand fest. Dieser konnte leicht durchtrennt und damit die Geschwulst vollkommen entfernt werden. 8 Wochen später starb Pat. Bei der Sektion der Blase fand sich an der Abtragungsstelle der primären Geschwulst ein ausgedehntes Recidiv und außerdem noch in der Umgebung eine Anzahl metastatischer Geschwulstknoten.

Die mikroskopische Untersuchung dieser Mischgeschwulst ergab einen sehr komplicirten Bau, und Verf. neigt am meisten zu der Annahme, dass sie entstanden sei aus einer versprengten embryonalen Keimanlage.

Die Bemerkungen über Metaplasie müssen im Originale nachgelesen werden. **Fertig** (Göttingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. Sonnabend, den 26. Januar. 1901.

Inhalt: I. **R. Schaeffer,** Nochmals über Chirol. — II. **M. Schmidt,** Zwei technische Vorschläge zur Magen-Darmchirurgie. (Original-Mittheilungen.)

1) **Pagel,** Biographisches Lexikon. — 2) **Helferich,** Knochenbrüche und Verrenkungen. — 3) **Van Gehuchten,** Wuth. — 4) **Kissinger,** Trauma u. Rheumatismus. — 5) **v. Ranke,** Noma. — 6) **Krecke,** Aseptisches Operiren. — 7) **Strassmann,** 8) **Schenk** und **Zaufal,** 9) **Dettmer,** 10) **Küster,** Händedesinfektion, Handschuhe. — 11) **Schiller,** Renthiersehnenfäden. — 12) **Carstens,** Katgut. — 13) **Ball,** Pyogene Infektion vom Verdauungskanal aus. — 14) **Braun,** Erkrankungen von Magen, Darm, Pankreas. — 15) **Kusnetzow,** Ascitesbehandlung. — 16) **Ferrou,** 17) **Neumann,** Appendicitis. — 18) **Hofmeister,** Brandige Brüche. — 19) **Galeazzi,** Radikaloperation von Leistenbrüchen. — 20) **Kelling,** Zur Magenchirurgie. — 21) **Lamèris,** Dünndarmatresie. — 22) **v. Mikulicz,** 23) **Batsch, Marcinowsky, Holz, Demme, Lüttgen,** Ileus. — 24) **Gallet,** 25) **Hartmann,** Kolostomie. — 26) **Prütz,** Mastdarmkrebs. — 27) **Biecher,** Enteroptose. — 28) **Pauchet,** Chirurgie der Gallenwege.

29) **Petrow,** Peritonitis. — 30) **Grenkow,** Leistenbruch bei einer Frau. — 31) **Andrassy,** Magenschuss. — 32) **Gauthier,** Magengeschwür. — 33) **Monnier,** Angeborene Pylorusstenose. — 34) **Smoler,** Darminvagination. — 35) **Petit,** Milzechinococcus.

I.

Nochmals über Chirol.

Von

R. Schaeffer, Berlin.

In No. 31 dieser Zeitschrift hatte ich das von R. Kossmann empfohlene, von der Firma J. D. Riedel hergestellte Chirol nachgeprüft und nachgewiesen, dass dieses Mittel keine auch nur einigermaßen genügende Schutzdecke den operirenden oder untersuchenden Händen verleiht, weil 1. das Chirol sich durch leichte Berührung abblättert, besonders an den Fingerbeeren, und 2. weil sich durch bakteriologischen Versuch unschwer zeigen ließ, dass die Keime der Haut mit großer Leichtigkeit durch den Chirolüberzug nach außen gelangen.

Gegen beide Feststellungen erhebt Kossmann in No. 38 dieser Zeitschrift Widerspruch, indem er mir Abweichungen seiner Vorschriften vorwirft, durch welche meine ungünstigen Ergebnisse hervorgebracht seien. Außerdem veröffentlicht er selbst einige bakteriologische Versuche, welche die Vorzüglichkeit des Mittels nach seiner Meinung beweisen.

Da Kossmann seine erste Mittheilung über diesen Gegenstand (No. 22 d. Centralbl.) mit den Worten schließt: »Einen besonderen Dienst endlich würde ich glauben den Mitmenschen geleistet zu haben, wenn die Hebammen genöthigt würden, sich des Chirols bei ihrer Thätigkeit zu bedienen«, so hielt ich mich für verpflichtet, meine Nachuntersuchungen noch einmal wieder aufzunehmen, um dem für so werthvoll erachteten Mittel keinen ungerechten Abbruch zu thun.

Die Einwände Kossmann's gegen meine Nachuntersuchungen sind folgende:

1) Ich hatte ausgeführt, dass sich der Chirolüberzug durch einfaches mehrmaliges Reiben der Fingerbeeren gegen einander entfernen lasse, was man mit Sicherheit daraus erkenne, dass sich das rauhe Aussehen der normalen Haut an diesen (geriebenen) Stellen von der glänzenden, noch mit Chirol überzogenen Nachbarschaft deutlich abhebe. Während durch das Eintauchen der Hände in Chirol die Cutisleisten, die gerade an den Fingerbeeren jene bekannte eigenthümliche bogenförmige Zeichnung aufweisen, fast völlig verwischt werden, tritt diese Zeichnung und das dadurch hervorgerufene sammetartige Aussehen der Haut nach wenigen Reibebewegungen der Finger deutlich zu Tage. Über solche Thatsachen, die ein Jeder jederzeit nachmachen kann, lässt sich überhaupt nicht streiten. Ich habe diesen Versuch mindestens ein Dutzend mal gemacht. Wenn Kossmann das Hervortreten der sammetartigen normalen Haut durch Reiben der Fingerspitzen gegen einander nicht konstatiren konnte, so kann der Grund nur darin liegen, dass er in so sanfter Weise seine Finger gegen einander bewegt hat, dass diese streichelnde Bewegung zur Abschülferung nicht genügte. Eine Blaufärbung des Chirols ist, wie ich hervorhob, zum Erkennen dieser Abschülferung nur hinderlich, und es ist völlig gleichgültig, ob man, wie ich es gethan, einige Tropfen koncentrirt alkoholischer Anilinblaulösung zusetzt oder, wie Kossmann will, etwas »spirituslösliches Anilinblau« in Substanz. Der Zusatz dieses trockenen »spirituslöslichen Anilinblaus« zum Chirol ergab — wie ich mich besonders überzeugte — genau dieselbe diffuse Färbung der Haut, die sich bei der Verwendung der alkoholischen Anilinblaulösung als störend erwiesen hatte. Dieser Einwand Kossmann's gegen den von mir verwendeten Farbstoff trifft nicht das Wesen der Sache, welches darin besteht, dass die leichte Abschülferung ohne jeden Farbstoffzusatz völlig eindeutig erkennbar ist, und ist außerdem ein willkürlich konstruirter, weil er der Beobachtung und der Wirklichkeit widerspricht.

2) Ich hatte behauptet, dass das Eintrocknen des Chirols 8—10 Minuten dauert, ohne auf die Unzuträglichkeiten, die sich hieraus für den praktischen Gebrauch ergeben, näher einzugehen. Kossmann nennt diese Behauptung unrichtig und führt sie zum Theil darauf zurück, dass ich die Hände zu lange im Chirol belassen habe. In Folge dieses Einwandes wiederholte ich die Versuche, indem ich zu 8 verschiedenen Malen die Hände 10 Sekunden bis herunter zu 6 Sekunden in die Lösung tauchte. Nach 7 Minuten waren die Finger noch nie trocken, meist musste ich 9 und mehr Minuten warten. Der Unterschied unserer Angaben kann nur darin bestehen, dass Kossmann unter trocken etwas anderes versteht, als ich und »man« darunter verstehen kann. Denn der Trockenzustand der chirolbedeckten Hände ist erst dann als eingetreten anzusehen, wenn die an einander gelegten Finger nicht mehr kleben bleiben. Anderen Falls reißt man beim Auseinanderziehen der Finger das Chirolhäutchen direkt entzwei, ganz abgesehen von dem außerordentlich belästigenden klebrigen Gefühl, welches das noch nicht völlig erstarrte Chirol bei der Berührung erzeugt. In der Ankündigung der Fabrik wird auch das Fehlen jeder Klebrigkeit nach vollendeter Eintrocknung ausdrücklich hervorgehoben.

Auch ein starker Ätherzusatz ändert an dieser Zeitangabe wenig. Ich habe mehr als die gleiche Menge Äther zu dem seinerzeit von der Riedel'chen Fabrik bezogenen, fest verkorkten Chirol zugesetzt und selbst bei dieser ganz dünnflüssigen Masse noch nach 5 Minuten Klebrigkeit konstatiren können. Bei so starker Verdünnung wird aber das Häutchen so dünn, dass es sich durch leichtes Gegeneinanderreiben der Handflächen vollständig wieder entfernen lässt.

3) Während aber die beiden bisher besprochenen Punkte von mehr untergeordneter, jedenfalls nicht ausschlaggebender Bedeutung sind, ist die Hauptfrage die: Lässt der Chirolüberzug die Bakterien der Hand hindurchtreten oder nicht?

Gegen den von mir gemachten Versuch, in welchem ich die mit Prodigiosus inficirten, in Chirol getauchten, alsdann bis zur Eintrocknung ruhig gehaltenen Hände in eben erstarrendes Agar für 10 Sekunden (!) tauchte und beobachten konnte, dass auf diesem eine größere Zahl Prodigiosus-Kolonien zur Entwicklung gelangten, wendet Kossmann ein, dass die Temperatur des flüssigen Agars (50° C.) ein Aufweichen des Chirols und ein hierdurch bedingtes Hindurchtreten der Bakterien ermöglicht habe. So unwahrscheinlich ein derartiger Erklärungsversuch in Anbetracht der kurzen Dauer der einwirkenden Wärme ist, so ist der Einwand, theoretisch betrachtet, berechtigt. Es war daher meine Aufgabe, durch eine andere Versuchsanordnung den gerügten Fehler zu vermeiden, während es Aufgabe Kossmann's gewesen wäre, dieses nun einmal aufgeworfene Bedenken durch einigermaßen umfassende, den heutigen Ansprüchen an bakteriologische Händeuntersuchungen entsprechende Nachprüfungen wirklich zu beseitigen.

Da Kossmann die Arbeiten von Paul und Sarwey und Krönig citirt, ja aus den ungünstigen Resultaten der Händedesinfektion dieser Autoren gerade die Nothwendigkeit seines Händeüberzuges ableitet, so wird er auch wissen, auf Grund welcher intensiven Abimpfverfahren diese Forscher zu dem Resultate gelangt sind, dass es fast unmöglich sei, auch nur in einem einzigen Falle die Hände absolut keimfrei zu machen. Es wäre nun allerdings etwas viel verlangt, wenn man dem Chirol zumuthen wollte, dass es einer 5 Minuten langen Bearbeitung mit spitzen Zahnstochern (wie sie Paul und Sarwey anwandten) oder einem eben so langen Abreiben mit grobkörnigem Marmorsand (wie ihn Krönig verwandte) Widerstand leiste; dass aber ein einfaches Eintauchen trockener Finger in den festen Agarnährboden, wie es Kossmann thut, keine einwandfreie Abimpfmethode ist, dürfte heut zu Tage eigentlich als bekannt gelten. Jedenfalls musste, sobald einmal die Frage von der Bakteriendurchlässigkeit des Chirols angeregt war, die Grenze äußerer mechanischer Einwirkung festgestellt werden, bis zu welcher dasselbe die in der Hand sitzenden Bakterien zurückhält, und es musste durch mannigfach abgeänderte Versuche gezeigt werden, dass eine äußere Einwirkung, die etwa der Wirklichkeit entspricht (Untersuchung seitens der Hebammen, operirende Thätigkeit der Chirurgen), einen Bakteriendurchtritt verhindert — resp. wie oft sie ihn ermöglicht.

Es dürfte nicht zu viel verlangt sein, diese Anforderung an einen Forscher zu stellen, der öffentlich erklärt, dass er einen besonderen Dienst den Mitmenschen geleistet zu haben glaube. Statt dessen berichtet Kossmann über 5 Versuche, angestellt an je einer Petri'schen Schale. Statt, wie es heute allgemein üblich ist, die ganzen Hände und alle 10 Finger in den Kreis seiner Untersuchungen zu ziehen, begnügt sich Kossmann mit 2 und 3 Fingern, im Versuch 5 genügt ihm sogar ein einziger. Als Beobachtungszeit für das Angehen der Kolonien genügt ihm ein 24stündiger Aufenthalt der Platte im Brutschranke (nur in Versuch 1 war eine 1tägige Frist bei Zimmertemperatur vorhergegangen). Sind dem Autor die zahlreichen Angriffe unbekannt geblieben, die Ahlfeld über sich ergehen lassen musste, weil er aus der von ihm erzielten Sterilität eines einzigen Fingers weitgehende Schlüsse zog und weil er seine Kulturen »bisweilen nur 3 Tage« beobachtete?

Das rechtzeitige Angehen der gleichzeitigen Kontrollimpfungen bei den Kossmann'schen Versuchen entkräftigt diesen Vorwurf in keiner Weise.

Indem ich wegen der Einzelheiten der Kossmann'schen Versuche auf das Original verweise, sei das Wesentliche derselben hier kurz angeführt:

Nach Inficirung von 2—3 Fingern mit Pyoceaneus, Eintauchen in Chirol und Trocknen streicht er 3—12mal mit mattgeschliffener Glasplatte über die Fingerbeere »so kräftig, dass ein knirschendes

Geräusch entstand«, und berührt dann mit den trockenen Fingerspitzen eine Agarschale. Mit welcher Behutsamkeit diese Berührung vor sich ging, ergiebt sich aus der beigefügten Photographie, auf welcher keinerlei Einrisse der Oberfläche des Agar zu erkennen sind. Nur in Versuch 3 scheint diese Berührung etwas herzhafter vorgenommen zu sein.

In Versuch 5 wird über den mit Prodigiosus inficirten einen Finger nach Chirolbehandlung ein Gummifingerling gestreift, Finger mit Fingerling 5 Minuten in warmes Wasser getaucht, der Fingerling abgestreift und nun Fingerling und Finger je ein einziges Mal »kräftig auf das Agar gedrückt«.

Dass diese sparsamen und vorsichtigen Versuche, namentlich das kurze Eindrücken des trockenen Fingers in die Agaroberfläche, nicht die Undurchlässigkeit des Chirols gegenüber den in der Praxis vorkommenden mechanischen Einwirkungen auf die Hand erweisen können, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Bei meinen Nachprüfungen konnte ich mich auf wenige Versuche beschränken. Mir kam es nur darauf an, die Unzuverlässigkeit des so energisch empfohlenen Mittels darzuthun. Dagegen ist es nicht meine Aufgabe, festzustellen, ob nicht bei dieser oder jener vorsichtigen Behandlung der Chirolüberzug gelegentlich seine Schuldigkeit thut. Die Beweislast, die Zuverlässigkeit eines neuen Mittels durch gründliche Versuche zu erweisen, liegt demjenigen ob, der es empfiehlt und seine Einführung durch staatliche Verordnung sogar zu erzwingen strebt.

Hinsichtlich meiner Versuche sei Folgendes vorausgeschickt. Nachdem meine wohlmeinende Absicht, es mit einem verlängerten Eintauchen der Hände in Chirol ($^3/_4$ Min. statt der geforderten $^1/_4$ Min.) recht gut zu machen, den entschiedenen Tadel Kossmann's gefunden hatte, beschränkte ich mich natürlich auf die von ihm vorgeschriebene Zeit und ließ fortan die Hände nur 9—10 Sekunden in Chirol. Zu verstehen ist dieser Tadel freilich nicht; denn dass eine verlängerte Einwirkung des Chirols ein weniger festes Häutchen hinterlasse, ist eine dem natürlichen Verstande zuwiderlaufende, rein theoretisch konstruirte, vor Allem durch keine Beobachtung gestützte Behauptung.

In jedem Falle wurde das völlige Eintrocknen des Chirols (10 Minuten) abgewartet. Während des Eintrocknens und des weiteren Arbeitens begab ich mich stets in ein anderes Zimmer, als dasjenige war, in welchem die künstliche Infektion vorgenommen wurde, um etwaige Luftinfektion zu vermeiden. Um ja recht mäßige Anforderungen an das Chirol zu stellen, wurden jedes Mal nur 3 Finger und zwar nur die untersten Glieder inficirt. Auf sorgfältiges Eintrocknen des infektiösen Materials und Trockenreiben der Finger wurde jedes Mal geachtet.

Stets wurde die ganze Hand in Chirol getaucht, um etwaigen aus der Unterlassung sich ergebenden Einwendungen vorzubeugen.

Als Infektionsmaterial wurden Pyoceaneus und Prodigiosus verwendet. Beide Bakterienarten sind wegen ihrer Farbstoffproduktion sehr bequem zu verwenden. Beiden haften gewisse Nachtheile an, die man kennen muss. Der Pyoceaneus überzieht in wenigen Tagen die ganze Platte mit einem gleichmäßigen grünen Farbstoff, so dass eine Zählung der auf die Platte gelangten Einzelkeime dann unmöglich wird. Die Prodigiosus-Kolonien haben gar keine Neigung zum Konfluiren, so dass dieser Pilz sich zum Zählen der Einzelkeime hervorragend eignet. Er hat aber den Nachtheil, dass er — wegen seines lebhaften Sauerstoffbedürfnisses — nur oder fast nur auf der Oberfläche wächst. Diese Thatsache muss man sich bei Versuchen mit Prodigiosus stets vergegenwärtigen. Außerdem producirt er seinen Farbstoff nur bei Zimmer-, nicht bei Brutschranktemperatur; daher muss man Platten, auf die Prodigiosus geimpft ist, bei Zimmertemperatur mindestens 8 Tage lang beobachten, um den etwas unter die Oberfläche gerathenen Keimen Zeit zum nachträglichen Aufkeimen zu lassen.

Versuch I

schließt sich dem Kossmann'schen Versuche mit einigen Abänderungen an:

Nach Inficirung der Finger mit Prodigiosus nnd Eintrocknen des Chirolüberzuges ließ ich mir von meinem Assistenten, Herrn Dr. W. Straus, 3 aufgerollte, sterilisirte Kondomfingerlinge über die inficirten Finger ziehen, nach 6 Minuten ruhigem Halten die Fingerlinge wieder zurückrollen und abziehen und (mit der Innenfläche nach oben) auf eine sterile Petrischale legen. Auf diese Schale goss ich über die Fingerlinge 15 g flüssig gemachten abgekühlten Agars. (Schale 1.)

Unmittelbar darauf zog ich über 2 sterilisirte, in eine Petrischale gelegte gewöhnliche Objektträger die Finger, indem ich sie (im Ganzen 12 mal, also jeden Finger 4 mal) ziehend gegen den Objektträger drückte. In diese Schale wurden 10 g Agar über die Objektträger gegossen. (Schale 2.)

Unmittelbar darauf wurden die 3 Finger in eine 3. Petrischale getaucht, welche mit 20 g verflüssigter auf 28° C. abgekühlter Gelatine gefüllt war, und 15 Sekunden darin belassen. (Schale 3.)

In Schale 1 waren nach 5 Tagen ca. 300 distinkte Prodigiosuskolonien sichtbar.

In Schale 2 waren nach 4 Tagen 17 Prodigiosuskolonien zählbar, sämmtlich auf dem einen Objektträger sitzend. Nach weiteren 4 Tagen waren auf dem (mit einer etwas dickeren Agarschicht bedeckten) Objektträger 2 noch weitere 56 Keime hervorgetreten, die nur zum Theil tief rothes, zum Theil aber erst ein blassrothes Aussehen zeigten.

In Schale 3 waren nach 6 Tagen ca. 200 leicht verflüssigte rothe Kolonien sichtbar.

Schlussfolgerung: Trotz vorsichtigen mühelosen Überstreifens der Fingerlinge hat diese leichte mechanische Einwirkung oder die kurz dauernde Bekleidung der Finger mit diesem Überzuge genügt, um massenhaft Bakterien durch das Chirol hindurchtreten zu lassen.

Viel wichtiger aber erschien es mir, den Versuch nach einer anderen Richtung hin anzustellen, nämlich festzustellen, wie sich der Chirolüberzug gegenüber einer bestimmten äußeren Einwirkung verhält, welche derjenigen etwa gleichzusetzen ist, die der untersuchende Finger der Hebammen auszuhalten hat. Aus diesem Grunde wurden in den folgenden Versuchen die chirolbedeckten Finger 10—15 Sekunden lang gegen den angefeuchteten Boden einer Petrischale hin und her bewegt. Da die Untersuchung einer Hebamme, welche die Stellung der Fontanellen und Richtung der Kopfnähte feststellen will, sehr

viel längere Zeit in Anspruch nimmt, so bedeuten diese Versuche das Mindestmaß von Anforderungen, die an einen »undurchdringlichen«, bakteriensicheren Überzug zu stellen sind.

Versuch II.

Nach Inficirung mit Prodigiosus und Eintrocknenlassen des Chirolüberzuges werden die 3 Fingerspitzen [in eine sterile (10 cm im Durchmesser zeigende) Petrischale, in welcher sich 2 g kalten sterilen Wassers befinden, getaucht und jetzt 15 Sekunden lang gegen den Glasboden drückend hin und her bewegt.

Diese 2 g Wasser werden sofort auf eine 2. Petrischale gegossen, in welcher sich 15 g noch flüssiges, eben erstarrendes Agar bereits befindet. Nach völliger Erstarrung wird die Schale umgekehrt aufbewahrt, damit etwaige nicht erstarrte Tropfen ablaufen können und keine Konfluenz der Kolonien herbeiführen.

Nach 5 Tagen (Zimmertemperatur) erkennt man, dass zahllose, mindestens 300 tiefrothe Prodigiosuskolonien angegangen sind.

Versuch III.

Derselbe Versuch mit Pyoceaneus (10 Sekunden in 2 g Wasser hin und her bewegt). Brutschrank. Nach 3 Tagen ist die Schale mit einem gleichmäßigen grünen Farbstoff überzogen.

Versuch IV.

Derselbe Versuch mit Prodigiosus, nur mit der Abweichung, dass die 2 g Wasser nicht auf eine mit Agar gefüllte Schale gegossen wurden, sondern dass in die jene 2 g Wasser enthaltende Petrischale 15 g verflüssigtes Agar gegossen wurden. (Schale 1.)

Unmittelbar darauf wurden die 3 Finger in eine 2. bereits erstarrte Agargussplatte tief eingedrückt.

Nach 7 Tagen (Zimmertemperatur) sieht man auf der Oberfläche von Schale 1 19 blutrothe Kolonien. In der Tiefe des Nährbodens erkennt man ca. 150—200 minimale Kolonien, die sich noch nicht gefärbt haben, im Übrigen aber Prodigiosuskolonien, welche in der Tiefe wachsen, genau gleichen. (Siehe Anmerkung.)

Auf Platte 2 sieht man sämmtliche Fingereindrücke mit den sie verbindenden Rissen (am 5. Tage) mit rothen Rändern eingefasst. Es lassen sich mindestens 25 getrennte Kolonieherde nachweisen.

Versuch V.

Derselbe Versuch mit Pyoceaneus (12 Sekunden); die 2 g Wasser werden auf eine eben erstarrende Agarschale gegossen. Dieselbe umgekehrt aufbewahrt. (Schale 1) Fingereindrücke wie in Versuch IV (Schale 2). Nach $2^1/_2$ Tagen (Brutschrank) sieht man Schale 1 mit intensivem grünen Farbstoff bedeckt; mindestens 300 matt grünweiße Einzelkolonien sind erkennbar.

Auf Schale 2 lassen sich in sämmtlichen 6 Fingereindrücken im Ganzen etwa 100—150 Einzelkolonien erkennen, der größte Theil des Agars ist intensiv grün gefärbt.

Versuch VI.

Derselbe Versuch wie in Versuch V, aber mit Prodigiosus.

Die Wasserplatte (Schale 1) ist am 4. Tage mit mindestens 500 staubförmig kleinen rothen Einzelkolonien übersäet.

Die Fingerplatte (Schale 2) zeigt sämmtliche 9 Fingereindrücke und sämmtliche verbindenden Risse mit mehrfachem rothem Saume umgeben; zahlreiche, noch minimalste rothe Einzelkolonien sind dazwischen zu erkennen.

Nach diesen vollständig übereinstimmenden Versuchen erschien es mir nicht mehr erforderlich, nun noch weiter zu prüfen, wie der

---

Anmerkung: Nachtrag bei der Korrektur: Nach 10 weiteren Tagen sind auf Platte 1 101 rothe Kolonien zählbar, daneben etwa die doppelte Anzahl tiefsitzender nicht roth gefärbter Kolonien.

Chirolüberzug sich gegenüber solchen viel gröberen mechanischen Einwirkungen verhält, die auf die Hand des Chirurgen ausgeübt werden und wie sie beispielsweise das Knoten der Fäden darstellt.

Die von mir in dem früheren Artikel behauptete Unzulänglichkeit des Chirols scheint mir durch diese Versuche vollauf erwiesen zu sein.

Nach den Ergebnissen dieser Versuche glaube ich mithin, wie ich schon damals betonte, der Nothwendigkeit überhoben zu sein, auf die zahlreichen Unzuträglichkeiten der Chirolanwendung namentlich in der Hebammenthätigkeit näher einzugehen.

Der Lässigkeit bei der Händedesinfektion wäre mit der Einführung des Chirols Thür und Thor geöffnet. Die unzählige Male, zuletzt von Tjaden[1] ausgesprochene, nicht scharf genug zu betonende Wahrheit, dass jede innere Untersuchung einer Kreißenden eine gewisse Gefahr für dieselbe bedeutet, würde durch das ungerechtfertigte Vertrauen auf das Chirol im Bewusstsein der Hebammen von Neuem in Frage gestellt werden.

II.

Zwei technische Vorschläge zur Magen-Darmchirurgie.

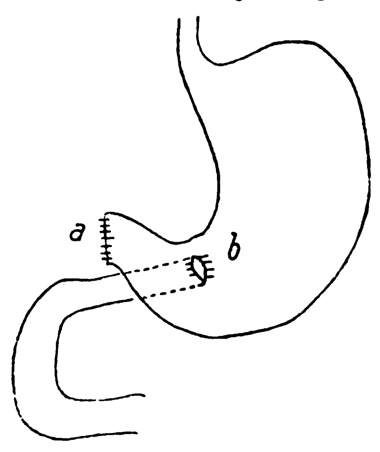
Von

Dr. Meinhard Schmidt,

Amtsphysikus in Cuxhaven.

I. Ersatz der Pyloroplastik und Gastroenterostomie durch Insertionsrücklagerung des Duodenums. (Gastro-Duodenostomie nach Abtrennung des Duodenums vom Pylorus und Occlusion des letzteren.)

Das Verfahren, das ich hiermit zur Prüfung den Fachgenossen empfehlen möchte, bildet eine Kombination der Kocher'schen Implantation des nach der Pylorusresektion abgetrennten Duodenums in die Magenhinterwand und der einfachen Gastro-Duodenostomie ohne Pylorusresektion nach Mikulicz-Henle und Jaboulay. Seine schematische Darstellung würde folgende sein:



a. Occludirter Pylorusstumpf.
b. Duodenalstumpf, in die Magenhinterwand End-zu-Seit implantirt (»zurückgelagert«).

Es ist klar, dass das Verfahren nur bei gutartigen und circumscripten Pylorusstenosen oder Pylorospasmen

---

[1] Tjaden, Das Chinosol in der Hebammenpraxis. Ctrlbl. f. Gyn. 1900. Nr. 32.

und bei genügender Verschieblichkeit von Magen und Darm zur Ausführung gebracht werden kann. In diesen Fällen aber könnte man, denke ich, sich desselben mit Vortheil bedienen. Vor der Pyloroplastik würde es den Vorzug besitzen, größere Sicherheit vor Strikturrecidiven zu gewähren, vor der gewöhnlichen Gastroenterostomie den der Sicherheit vor dem Circulus vitiosus und der Herbeiführung mehr der Natur entsprechender Kanalisationsverhältnisse. Dass aber die Implantation des Duodenums in die Magenhinterwand ausgezeichnete funktionelle Resultate erzielt, wissen wir aus den Erfolgen der Kocher'schen Pylorusresektionsmethode.

Die Idee zu meinem Vorschlage fiel mir ein, nachdem ich neulich ein Kind mit Säuglingspylorusstenose operirt hatte. Da die Dünndärmchen des Kindes so außerordentlich zart und eng (etwa Notizbleifeder-dick) waren, dass ich bei Ausführung der Gastroenterostomie mit den sero-muskulären Nähten allzuviel vom Lumen des Darmes zu verbrauchen fürchtete, entschloss ich mich zur mechanischen Dilatation des Pylorus von einem Fenster in der Magenvorderwand aus, ein Verfahren, mit dem von Nicoll ja auch ein voller Erfolg erzielt ist. Sicherer aber wäre jedenfalls die Behandlung nach dem erörterten Plane gewesen. (Immerhin ist der Erfolg der vor 3 Wochen gemachten Operation bislang tadellos. Nähere Mittheilung später. Anmerkung bei der Korrektur.) Bei den anatomischen Verhältnissen des Falles, namentlich der völligen Beweglichkeit des oberen Duodenums und des Antrum pyloricum des Magens, wäre er wunderschön ausführbar gewesen. Schade, dass der Gedanke mir zu spät kam!

II. Vermeidung der Tabaksbeutelnaht beim Gebrauche des Murphyknopfes.

Nach gewöhnlichem Verfahren wird zur Einführung der Murphyknöpfe in den Magen oder Darm ein eigenes Fenster geschnitten, das groß genug sein muss, um den dicken kugeligen Theil des Instrumentes passiren zu lassen, und desshalb gleichzeitig stets für die Kanüle desselben zu groß ausfallen muss, so dass es hinterher durch Tabaksbeutelnaht eingeengt werden muss. Die Naht gilt zwar im Allgemeinen für technisch leicht, indess passirt doch Diesem und Jenem damit ein Malheur. Wenn Jonnesco desshalb, um hiervor sicher zu sein, vorschlug, die Öffnung, durch die der Knopf eingeführt war, ganz zu schließen und unter Vordrängung der Knopfkanüle gegen die Magen- oder Darmwand von innen nach außen in diese eine zweite kleinere, eben den Knopfcylinder durchschlüpfen lassende und desshalb keiner Nahtverengerung bedürfende anzulegen, so kann allerdings dies Verfahren, da es mehr als nöthig eingreifend ist, gemissbilligt und als eine unnöthige Komplikation bezeichnet werden, wie es von Terrier und Hartmann geschah[1]. Dagegen verdient es unbedingte Empfehlung, wenn nach einer voraufgegangenen

[1] Chirurgie de l'estomac. p. 124.

Resektion bereits eine Öffnung zur Einführung der Knopftheile vorhanden ist. Handelt es sich um eine Pylorusresektion, so wäre also die Occlussionsnaht des Magenstumpfes bis auf einen Rest der Öffnung an einer Curvaturecke auszuführen und erst, nachdem durch diesen der weibliche Knopftheil in den Magen gebracht, zu vollenden. Will man am Duodenum auch die Schnürnaht vermeiden, so müsste man, zur Gastroenterostomie übergehend, den männlichen Knopftheil in den Duodenalstumpf einführen und ihn im Darmrohre mit den Fingerspitzen weiter rollend und schiebend bis in diejenige Darmschlinge befördern, die zur Anastomose dienen soll. Die Fensterung von Magen und Darm, ganz eben hinreichend zum Durchtritt (»Ausführung«) der Knopfkanülen, ist dann leicht hinzuzufügen. Nach einer Darmresektion wären beide Querschnitte der Darmstümpfe zunächst zur Einführung der Knopfhälfte zu benutzen und hiernach zu schließen. Dann laterale Apposition der Darmstücke und Anastomosenanlage Seit zu Seit.

Ich bedauere, diese beiden Technicismen, die mir einigen Nutzen zu versprechen scheinen, publiciren zu müssen, ohne sie selbst bereits erprobt zu haben. Da ich aber nicht weiß, ob und wann ich hierzu Gelegenheit finden werde, empfahl ich sie schon jetzt, hoffend, dass sie vielleicht in der Thätigkeit der Herren Kollegen verwerthet werden könnten. Mich sollte es freuen, wenn ich davon Nachricht erhalten würde.

---

1) **Pagel.** Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1901. XXXIII u. 952 S. 669 Bildnisse.

Das Werk, dessen erste 4 Lieferungen Ref. auf p. 846 des Jahrganges 1900 des Centralblattes kurz besprochen hat, liegt jetzt vollendet vor, eingeleitet durch eine biologisch-historische Übersicht der Entwicklung der Medicin von der Zeit des Hippokrates bis weit in das 19. Jahrhundert hinein aus der Feder von J. Bloch (Berlin) und abgeschlossen durch Nachträge und Ergänzungen, in denen indess noch so mancher Mediciner vergangener Zeit wie unserer Tage hätte Aufnahme finden können, den man nur ungern vermisst. Im Übrigen sei auf die früheren Bemerkungen hingewiesen.

Richter (Breslau).

---

2) **Helferich.** Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen. 5. verbesserte und vermehrte Auflage. 316 Seiten. 79 Tafeln und 158 Figuren im Text von Maler B. Keilitz.

München, **Lehmann,** 1901.

Wenn unter den zahlreichen medicinischen Handatlanten des Lehmann'schen Verlages der H.'sche schon in 5. Auflage — 6 Jahre

nach der ersten — erscheint, so beruht dies nächst den trefflichen Abbildungen und dem knappen, eben so wissenschaftlichen wie auf das Praktische gerichteten Texte vor Allem auf dem unentwegten Bemühen, jeder weiteren Auflage durch fleißige Einarbeitung der Erfahrungen unserer rastlos vorschreitenden Wissenschaft eine höhere Stellung als ihrer Vorgängerin zu geben. Am meisten springen dies Mal als Neueinfügungen bezw. als Ersatz für weniger gelungene frühere Leistungen ins Auge eine große Anzahl von Skiagrammen, zum Theil nach Originalplatten verkleinert, zum Theil nach solchen und Photographien gezeichnet und nach diesen Zeichnungen reproducirt. Sehr mit Recht findet man unter diesen Röntgenbildern solche der normalen Gelenke und zu ihnen gehörige Erklärungsskizzen. Denn nur wer die normalen Verhältnisse des Röntgenbildes klar vor Augen hat, ist im Stande, an die Deutung des veränderten mit Verständnis heranzutreten, wie solche H. nicht nur von frischen, sondern auch von älteren und von ausgeheilten Verletzungen giebt. Aber abgesehen von diesen neuen Abbildungen finden sich Zusätze auch an vielen anderen Stellen des Buches, besonders bei den Brüchen der Kniescheibe und der Metatarsalknochen. — Der Druckfehler Wirbelsäule statt Wirbelbogen auf p. 97 ist aus der vorigen Auflage unverändert übernommen.

Das Buch sei jedem Studenten und jedem Arzte zur Anschaffung empfohlen. **Richter** (Breslau).

---

3) **Van Gehuchten.** A propos des lésions ganglionnaires de la rage.

(Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belg. 1900. No. 6.)

Verf. hat seine interessanten anatomischen Befunde (Zellproliferation, atrophische Zustände in den cerebrospinalen Ganglien, den Ganglien des Sympathicus und besonders des Vagus bei Hunden, die an der natürlichen Wuth verendeten) noch weiter studirt und besonders auch Hunde untersucht, welche a) experimentell mit präparirtem Wuthgifte inokulirt, b) mit gezüchtetem Wuthgifte, dem Virus fixe von Pasteur, inokulirt worden sind. Seine bisherigen Befunde sind inzwischen, abgesehen von ihm selbst und seinem Mitarbeiter Nelis, von Hebrant, Nocard, Daddi, Franca, Sano, Vallée — alles Arbeiten aus dem Jahre 1900 — im Wesentlichen bestätigt worden.

Der heutige Standpunkt der Frage ist folgender: Hunde, welche an der natürlichen Wuth (Rage naturelle, Rage des vues) starben, zeigen stets die bezeichneten ganglionnären Veränderungen höchst ausgesprochen, und diese Veränderungen sind bisher bei keiner anderen Krankheit gefunden, sind somit charakteristisch. — Werden bei Hunden, die als wuthverdächtig getödtet worden sind, die genannten Veränderungen gefunden, so ist die Diagnose der Wuth gesichert; werden sie nicht gefunden, so sind die Impfmethoden, subdurale

Injektionen mit Bulbärsubstanz bei Kaninchen, zu machen, um die Diagnose zu sichern.

Hunde, welche mit dem Gifte der Laboratorien, Bulbärgift oder Pasteur'schem, sog. Virus fixe, inokulirt wurden und daraufhin an der Wuth zu Grunde gehen, zeigen bald die für die natürliche Wuth charakteristischen Veränderungen sehr ausgesprochen, bald wenig ausgesprochen, bald gar nicht. Quantitative und qualitative Eigenschaften des Giftes, besonders der Grad seiner Virulenz scheinen hier eine Rolle zu spielen; namentlich aber gehört, um die Veränderungen der Ganglien sehr ausgesprochen zu bekommen, die nöthige Zeit zu deren Entwicklung. So zeigten Thiere, die mit Virus fixe geimpft waren und nun an der foudroyanten Wuth verendeten, keine Spur ganglionärer Veränderungen. — Die Versuche hierüber werden fortgesetzt. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

---

4) **P. Kissinger** (Königshütte i/S.). Über die Beziehungen von traumatischen Einflüssen zur Entstehung von Gelenkrheumatismus und über den pyogenen Ursprung desselben.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 281. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1900.)

K., welcher in dem Königshütter Knappschaftslazarett einige Fälle von mit einem Trauma anscheinend in Zusammenhang stehendem Gelenkrheumatismus mit zu beobachten Gelegenheit gehabt, erörtert in vorliegendem Vortrage die Frage der Beziehungen von traumatischen Einflüssen zur Entstehung von Gelenkrheumatismus auf Grund dieser und der in der Litteratur bisher bekannt gewordenen Fälle, nachdem er unter Darlegung der Ansichten und Kenntnisse, wie sie zur Zeit über die Ätiologie des akuten polyartikulären Gelenkrheumatismus bestehen, sich zu Gunsten der Auffassung des letzteren als einer pyogenen Erkrankung ausgesprochen. Verf. sucht dabei nachzuweisen, dass sich durch diese letztere Annahme die traumatische Entstehung am leichtesten erklären lasse, besonders dann, wenn die Polyarthritis sich kurze Zeit nach dem Trauma in dem verletzten Gelenke entwickelte. Andererseits giebt er zu, dass die Entscheidung in den Fällen, wo die Erkrankung erst geraume Zeit nach der Verletzung auftrat oder nicht zuerst eines der verletzten Gelenke befallen hatte, schwierig sei und großer Vorsicht bedürfe. **Kramer** (Glogau).

---

5) **H. v. Ranke.** Zur chirurgischen Behandlung des nomatösen Brandes.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 43.)

Die vom Verf. im Verlaufe einzelner Masernepidemien, wie auch im Anschlusse an Stomacace beobachteten Fälle von Noma faciei waren bisher stets tödlich verlaufen. Erst die Anwendung der von den Chirurgen geübten Behandlung mit Messer und Thermokauter hat ihm neuerdings in 3 Fällen, bei denen er diese Therapie frühzeitig

ausüben ließ, so günstige Heilresultate selbst ohne nennenswerthe Verunstaltung des Gesichts geliefert, dass v. R. auch seinerseits durch ausführliche Mittheilung und Illustration der Krankengeschichten auf den Werth frühzeitigen chirurgischen Eingreifens hinweisen zu müssen geglaubt hat. **Kramer** (Glogau).

---

6) **Krecke.** Praktische Winke für das aseptische Operiren.

München, **Seitz & Schauer,** 1900.

Verf. giebt nach der in seiner Klinik gebräuchlichen und erprobten Methode der Wundbehandlung feste Vorschriften für die Operationsasepsis, wobei er besonderen Werth auf die prophylaktische Asepsis (besonders der Hände) legt. Vom Gebrauche der Handschuhe ist er wieder ganz abgekommen. Bei kleineren Eingriffen wurde die Bromäthylnarkose, oft in Verbindung mit geringen Äthermengen, mit bestem Erfolge angewendet. **Mohr** (Bielefeld).

---

7) **Strassmann** (Berlin). Zur Händedesinfektion, nebst Bemerkungen über Lysoform.

(Therapie der Gegenwart 1900. August.)

Wie bereits früher in der gynäkologischen Gesellschaft am 25. Mai 1900, empfiehlt S. das Lysoform als geruchloses, ungiftiges Antisepticum, namentlich für die geburtshilfliche und gynäkologische Praxis. **Gross** (Jena).

---

8) **F. Schenk** und **G. Zaufal.** Weitere Beiträge zur Bakteriologie der mechanisch-chemischen Desinfektion der Hände. (Aus dem bakteriologischen Laboratorium der deutschen Universitäts-Frauenklinik zu Prag.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 45.)

Als Ergebnis der von den Verff. angestellten Versuche ist kurz zusammengefasst anzuführen, dass nach S. u. Z. für die mechanische Reinigung eine 5 Minuten lang dauernde Waschung mit Sänger-scher Sandseife und für die daran anzuschließende chemische Desinfektion eine 3 Minuten währende Waschung in einer möglichst heißen Lösung von Sublimat oder Quecksilberoxycyanid (2 : 1000) oder Äthylendiamin-Quecksilbercitrat (1 : 1000) nothwendig ist.

Kramer (Glogau).

---

9) **H. Dettmer.** Bakteriologisches zur Händedesinfektion unter besonderer Berücksichtigung der Gummihandschuhe.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Verf. liefert einen Beitrag zu der Frage über die Möglichkeit, durch Desinfektion die Hände des Operateurs keimfrei zu machen. Er kommt dabei zu denselben Resultaten, wie wir sie aus einer Reihe werthvoller Arbeiten der letzten Jahre genügend kennen. Es

ist danach auch mit der etwas modificirten Methode des Verf., welche hauptsächlich durch das Fehlen der Alkoholdesinfektion unterschieden ist, nicht absolute Keimfreiheit zu erzielen. Auch mit der von Schleich empfohlenen Desinfektionsmethode konnte D. keine besseren Erfolge erzielen; ja es zeigten sich bei längerer Anwendung mancherlei Unzuträglichkeiten für die Hände, wie Rissigwerden der Haut, Sprödigkeit der Fingernägel.

D. ist dagegen ein Verehrer der Friedrich'schen Gummihandschuhe. Seit Anwendung derselben sind auf der Sprengel'schen Abtheilung die Resultate besser geworden. Abgesehen davon, dass die Sterilisirung der Handschuhe leicht möglich ist, dass sie auch völlig steril über die Hände gezogen werden können, scheint es ein von ihm gefundener Vorzug zu sein, dass die Keime, welche sich an der Außenfläche der Handschuhe ansiedeln, selbst im großen und gröberen Maßstabe wie bei Darmresektionen mit Kothaustritt, durch Abspülung mit sterilem Wasser in $^1/_2$—1 Minute beseitigt werden können. Praktisch dürfte diese letztere interessante und noch nachzuprüfende Thatsache allerdings weniger in Betracht kommen, da Freunde der Handschuhe am sichersten gehen werden, alles infektiöse Material zu beseitigen, wenn sie die Handschuhe wechseln.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

10) **B. Küster.** Über Operationshandschuhe.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

K. kann sich nach seinen an der v. Bergmann'schen Klinik vorgenommenen Versuchen nicht mit dem Gebrauche von Handschuhen bei Operationen befreunden. Die Gummihandschuhe, von denen nur die Friedrich'schen brauchbar erscheinen, erzeugen zwischen Handschuh und Hand eine feuchte Atmosphäre, die zur starken Transpiration führt, welche ihrerseits wieder eine stärkere Keimablagerung veranlasst. Wird der Handschuh nun defekt, was sehr leicht vorkommen kann, so dringt durch die verletzte Stelle mit Infektionserregern überaus reich versehene Flüssigkeit aus und bietet die beste Gelegenheit zu Wundinfektionen. Die Trikothandschuhe erwiesen sich wohl bei trockener Hand als undurchlässig für Keime, dagegen fand bei feuchter Hand ein sofortiger Durchtritt von Mikroorganismen statt. Sobald eben der Handschuh feucht wird, wird er durchlässig für die Infektionserreger. Es ist aber andererseits gar nicht zu vermeiden, dass die Handschuhe durch Blut und Schwitzen der Hände nass werden. Somit sind auch Trikothandschuhe nicht als sicherer Schutz anzusehen. Verf. ist der Ansicht, dass man auf Handschuhe verzichten soll und lieber eine zweckmäßige Händedesinfektion üben möge. Je komplicirter wir den Apparat bei der Operation gestalten, desto gefährlicher wird der Eingriff, da die Zahl der unübersehbaren Fehlerquellen immer größer wird.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

11) **A. Schiller.** Zur Verwendung ungedrehter Renthiersehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial. (Aus dem Laboratorium der Heidelberger chir. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 45.)

S. hat auf Sneguireff's Empfehlung hin mit den vom Renthiernackenband gewonnenen Sehnenfäden eine Reihe von Versuchen angestellt, um den angeblichen Werth derselben als resorbirbares Naht- und Ligaturmaterial nachzuprüfen. Als einzigen Vorzug konnte er die etwas langsamere Resorption der Sehnenfäden im Organismus feststellen; im Übrigen aber ergaben die Untersuchungen im Vergleiche zu dem konkurrirenden Katgut eine so große Anzahl von Nachtheilen, dass nach S. kein Grund vorliegt, die Renthierfäden an Stelle des Katgut treten zu lassen. **Kramer** (Glogau).

---

12) **J. H. Carstens.** The ligature and value of dry sterilised catgut.

(Buffalo med. journ. 1900. November.)

Verf. wickelt das entfettete Rohkatgut in Seidenpapier ein, welches, in kleinen Kouverts verschlossen, im Boeckmann'schen Trockensterilisator 3 Stunden lang einer Temperatur von 150° C. ausgesetzt wird. Nach 12—18 Stunden wird die Procedur wiederholt. Das in der Brieftasche in den Kouverts aufbewahrte Katgut wurde noch nach Monaten absolut steril befunden.

Mohr (Bielefeld).

---

13) **M. Bail.** Die Schleimhaut des Magen-Darmtractus als Eingangspforte pyogener Infektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Frühere Arbeiten, welche sich mit der Infektionsmöglichkeit durch pyogene Mikroorganismen vom Magen-Darmkanale aus beschäftigten, sind zu verschiedenartigen Resultaten gelangt. In positivem Sinne erledigten die Frage Karlinski's Versuche, Alapy, Buchbinder und Neisser aber gelang es nicht, Infektionen des Gesammtorganismus vom Darmkanale aus zu erzielen.

B. sieht als Fehler der bisherigen diesbezüglichen Arbeiten an, dass man bei ihnen einerseits nicht die Infektionsmöglichkeit vom Rachen aus bei der Einführung des infektiösen Materiales berücksichtigte, andererseits keine hochvirulenten Kulturen angewendet hat. Das bestimmte ihn zur Vornahme neuer Versuche mit Vermeidung dieser Fehlerquellen. Um Racheninfektionen zu vermeiden, führte er die Bakterienkulturen durch eine Sonde ein, die zur Verhütung von Magenverletzungen nicht ganz ans Ende der Speiseröhre reichte. Nach der Instillation der virulenten Flüssigkeit blieb die Sonde noch $1^1/_2$—2 Stunden liegen und wurde mehrmals durchgespült. Verwendet wurden für Kaninchen hochgiftige Streptokokken, die eigens

zu dem Zwecke herangezüchtet waren. In der That konnte Verf. so Racheninfektionen vermeiden. Bei 7 Thieren trat nun auch wirklich eine Allgemeininfektion ein. Bei keinem dieser Thiere war makroskopisch eine Verletzung der Schleimhaut von Magen und Darm zu konstatiren, nirgends bestand ein Epithelverlust. Fast ausschließlich aus dem Dünndarminhalte ließen sich Streptokokken züchten, gar nicht aus dem Magen, vereinzelt aus dem Dickdarme. Dagegen gewann man durch Impfung der blutig-serösen Flüssigkeit, die sich in der Peritonealhöhle vorfand, reine Streptokokkenkulturen. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Präparate von sämmtlichen 7 Thieren wurden niemals im Gewebe von Tonsillen, Magen und Dickdarm Kokken nachgewiesen, dagegen ließ sich bei 5 jener Kaninchen der Dünndarm als Eingangspforte der Allgemeininfektion nachweisen.

In einer großen Anzahl solcher Dünndarmpräparate lagen Kokken nicht nur in und unter dem Epithel, sondern auch in den Lymph- und Blutgefäßen der Submucosa und in den Gefäßen des zugehörigen Gekröses. Der Eintritt der Mikroorganismen fand ausschließlich auf der Höhe und an den Seiten der Zotten statt, nie in der Tiefe der Krypten. Verf. glaubt, dass eine leichte oberflächliche Entzündung, die sich durch Abstoßung von Epithel kennzeichnet, das Eindringen der Bakterien erleichtert hat. Natürlich suchte B. auch die Identität der in den Präparaten nachgewiesenen Mikroorganismen mit den eingeimpften festzustellen. So glaubt er denn den Schluss ziehen zu dürfen, dass pyogene hochvirulente Bakterien die unverletzte Schleimhaut des Darmes durchdringen können, um dann eine Allgemeininfektion herbeizuführen, wie dies von Lexer für die Tonsillen nachgewiesen ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

14) **H. Braun.** Chirurgische Behandlung der Erkrankungen des Magens, des Darmes, des Pankreas. Chirurgie der Blutgefäßdrüsen.

Handbuch der praktischen Medicin, herausgegeben von W. Ebstein. Stuttgart, F. Enke, 1900.

Im knappen Rahmen von 134 Seiten behandelt B. die Therapie der chirurgischen Erkrankungen des Magens, Darmes, Pankreas, der Milz und der Schilddrüse. Trotzdem haben in sehr übersichtlicher Form und klarer Darstellung alle bewährten Methoden Erwähnung gefunden, während in kurzen historischen Abschnitten auch der übrigen gedacht wird. Eingehendere Erläuterung der Technik wird den dem Texte beigefügten Abbildungen überlassen.

Die Darstellung, welche auch den in anderen Lehrbüchern häufig stiefmütterlich behandelten Fragen, z. B. der Jejunostomie, Gastroptysis (Magenfaltung), der Resektion des N. sympathicus bei Morbus Basedowii, Raum gegeben hat, eignet sich ganz besonders für die Zwecke des praktischen Arztes.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

15) **M. M. Kusnetzow.** Zur Frage von der operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose mittels Omentofixation. Bildung künstlicher Verwachsungen in der Bauchhöhle. Klinische und experimentelle Studien. (Vorläufige Mittheilung.)

(Wratsch 1900. No. 32 u. 33.)

K. stellte sich zur Aufgabe, die Frage, in wie fern neugebildete Verwachsungen in der Bauchhöhle und die Omentofixatio die Blutcirkulation im Gebiete der Pfortader verbessern und auf welchen Wegen dabei die Pfortader und die untere Hohlvene anastomosiren. Er experimentirte an Hunden, wobei aber vorläufig die Anatomie der Gefäße in der Bauchhöhle studirt werden musste. Gefäßinjektionen zeigten ihm folgende Anastomosen zwischen den Ästen der Pfortader: 1) Zahlreiche Anastomosen zwischen den Magenwandvenen, die in die obere Magenvene (einen Ast der V. gastrolienalis) münden, und den Venen, die in die längs der großen Kurvatur verlaufende Magenvene oder V. gastro-omentalis, einen Ast der V. gastrolienalis, münden. 2) Einen unmittelbaren Übergang der V. gastroduodenalis in die V. duodenojejunalis, die längs des konkaven Randes des Duodenum verläuft, so wie Anastomosen zwischen den beiden genannten Venen und dem Stamme der Pfortader durch die Pankreasvenen. 3) Anastomosen zwischen den benachbarten Venen, die einerseits in die große, andererseits in die kleine Gekrösvene münden. Diese Anastomosen ermöglichen den Übergang des Blutes bei Ligatur der Pfortader in verschiedener Höhe aus dem unter der unterbundenen Stelle gelegenen Gebiete in das über derselben liegende.

In seinen Experimenten versuchte K. 1) die vollständige Unterbindung der peripheren Zweige der Pfortader: a. der großen, b. der kleinen Gekrösvene, oder c. mehrerer kleinerer Zweige derselben gleichzeitig: der V. duodenojejunalis und gastroduodenalis, oder der gastroduodenalis und mesenterica minor; 2) die Unterbindung des Pfortaderstammes, wobei die Lichtung vollständig oder aber nur bis zu $^1/_2$ oder $^1/_3$ aufgehoben wurde. Jeder Hund wurde 2- oder 3mal laparotomirt: bei der ersten Laparotomie machte K. die Omentofixatio, bei der zweiten unterband er die eine V. mesenterica oder den peripheren Theil der V. portae, bei der dritten den centralen Theil der Pfortader (näher zur Leber). Von 15 Hunden ging nur 1 zu Grunde. Ein Theil der Überlebenden wurde 1—3 Monate später getödtet und die Venen injicirt. Seine Schlussergebnisse fasst K. in folgende Thesen zusammen: 1) Die Behandlung des Ascites bei behinderter Cirkulation im Pfortadergebiete mittels Omentofixatio kann gute Resultate ergeben. 2) Die Operation Talma's übertrifft die von Delagénière angegebene, da sie bessere Verhältnisse für Bildung der Nebenbahnen erzeugt. 3) Ohne vorherige Omentofixatio ruft die vollständige Unterbindung der Pfortader rasch den Tod hervor. 4) Die Omentofixatio ermöglicht dem Thiere, eine doppelte Ligatur

der V. portae zu vertragen: eine totale im mittleren Theile (oberhalb der Einmündung der Gastrolienalis) und eine zweite unvollständige in der Nähe ihrer Einmündung in die Leber. Die ersten Tage ist der Hund niedergeschlagen, leidet an blutigem Durchfall und Ascites, erholt sich aber bald wieder. 5) Die totale Ligatur der V. portae unterhalb der Gastrolienalis ruft nach einigen Stunden den Tod hervor, auch nach vorheriger Omentofixatio. Verursacht wird derselbe dadurch, dass unterhalb der Gastrolienalis keine genügenden Anastomosen mit dem durch die Unterbindung ausgeschalteten Gebiete vorhanden sind. 6) Nach der Omentofixatio ruft die unvollständige Unterbindung der Pfortader im mittleren Abschnitte wohl Stauung und vorübergehenden Durchfall hervor, doch erholt sich das Thier bald. 7) Die oberflächlichen Vv. epigastricae erweitern sich deutlich nach der Omentofixatio und besonders nach Unterbindung der Pfortader. Das Netz der erweiterten subkutanen Venen am Hunde erinnert an das Caput medusae des Menschen bei Lebercirrhose. 8) Auch die Venen des großen Netzes erweitern sich nach der Omentofixatio und kommuniciren bald mit den Bauchwandvenen und den Vv. epigastricae superficiales. So bildet sich dann die Nebenbahn: das Pfortaderblut geht durch die V. gastrolienalis in die Vv. omentales und weiter durch die Vv. epigastricae in die V. femoralis, intercostales und die Brustdrüsenvene. 9) Außerdem bilden sich noch weitere direkte Anastomosen zwischen dem System der Pfortader und dem der unteren Hohlvene aus schon früher vorhandenen, doch nur schwach entwickelten kleinen Venen. K. fand mehrere solche Anastomosen und bestätigt damit die Behauptung von Sappey, dass das Pfortadersystem nicht abgeschlossen ist, sondern mit der V. cava inf. kommunicirt. 10) Die beste Methode, diese Anastomosen zu studiren, ist die Injektion der V. portae und der Cava mit verschieden gefärbten Massen. 11) Die Bindegewebsstränge und Verwachsungen in der Bauchhöhle nach Laparotomie enthalten viel kleine Gefäße und können ebenfalls als Anastomosen zwischen Pfortader und Hohlvene dienen. 12) Bei Ligatur der Pfortader muss man die normalen Anastomosen zwischen den verschiedenen Ästen derselben berücksichtigen, die die Bildung neuer Blutbahnen erleichtern. Die Einzelheiten der Versuche sollen demnächst mit zahlreichen Illustrationen in einer besonderen Arbeit veröffentlicht werden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

---

16) **J. Ferrou.** Contribution à l'étude du manuel opératoire dans l'appendicite.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900. 100 S.

Es wird im Allgemeinen die Technik mehrerer französischer Chirurgen und ganz besonders die von Jalaguier und Routier dargestellt, die Trendelenburg'sche Lage im Allgemeinen auch für diese Eingriffe empfohlen und, wie dies neuerdings in Deutsch-

land von Rotter und aus der Garrè'schen Klinik geschah, dringend zur Rectaluntersuchung bei allen Appendicitiden aufgefordert. Zur Vermeidung der postoperativen Bauchwandphlegmone solle an Stelle der Schichtennaht eine durchgreifende treten. Von interessanten Einzelheiten seien erwähnt: Verwechslung zwischen Harnleiter und Wurmfortsatz; einmal wurde letzterer statt des ersteren anlässlich einer vorzunehmenden Ureterocystotomie in die Blase eingenäht; ein anderes Mal ein 18 cm langer, gegen die Niere ziehender Wurmfortsatz für den Harnleiter gehalten. Vortäuschung des Dünndarmes durch einen stark erweiterten Wurmfortsatz; eine starke Verwachsung desselben mit der Blase, so dass man beim Herausgraben bis an die Schleimhaut der letzteren kam. Erwähnung des Vorkommens von Kommunikationen des Blind- und Dünndarmes mit der Lichtung des Wurmfortsatzes durch dessen Spitze. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

---

17) M. Neumann. Über Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Der erste Theil der Arbeit enthält eine Darstellung des Krankheitsbildes der Appendicitisarten, wie es uns bekannt ist. Auch die Indikationsstellungen für eine operative Therapie des akuten Anfalles und der chronisch recidivirenden Wurmfortsatzerkrankung, wie sie Verf. aufstellt, entsprechen den Grundsätzen, welche heute die Mehrzahl der Chirurgen anerkennt. Die Fälle entstammen der Klinik v. Bramann's, und Letzterer ist nach N.'s Darlegungen ein Anhänger der zweizeitigen Operation im akuten Anfalle, wenn man den Wurmfortsatz nicht sofort findet, oder auch dann, wenn man ihn zu Gesichte bekommt, aber nur mit Schwierigkeiten lösen kann. In diesen Fällen beschränkt er sich auf die Tamponade, die er sehr exakt und nach allen Richtungen hin vornimmt. Nach Ausheilung der Abscesshöhle wird dann später der Wurmfortsatz resecirt.

Ref. kann sich N.'s Ansicht, dass die zweite Operation so ganz ungefährlich sei, nicht so ohne Weiteres anschließen. Man trifft bisweilen noch nach Monaten einen Eiterherd in der Umgebung des Wurmfortsatzes, oft bleiben auch lange eiternde Fisteln zurück, was den Eingriff nicht unwesentlich komplicirt. Wenn man auch zugeben wird, dass es in einzelnen Fällen räthlich ist, nicht nach dem Wurmfortsatze lange zu suchen, so hat es immer viel Unangenehmes, die Pat. 2mal einem operativen Eingriffe zu unterziehen. Wenn man aber den Wurmfortsatz gar bis an den Blinddarm verfolgen kann, wie N. dies beschreibt, so ist die Gefahr der Resektion desselben doch wohl als geringer anzuschlagen als die einer zweiten Narkose und Operation.

Interessant ist der zweite Theil der Arbeit, welcher die Entstehung einer Appendicitis nach Traumen behandelt. Aus der Litteratur konnte Verf. 10 einwandsfreie Fälle von traumatischer Ent-

zündung des Wurmfortsatzes zusammenstellen. 8mal waren Kothsteine vorhanden, denen er überhaupt eine größere Bedeutung zumisst, als es vielfach geschieht. Unter 10 analogen Fällen der Hallenser Klinik fand N. 9mal einen solchen. Die Entstehung der Krankheit im direkten Anschlusse an Traumen ist bei den meisten der geschilderten Fälle in der That sehr augenfällig. Besonders bemerkenswerth ist der Fall, bei dem nach Repositionsversuchen von Seiten des Kranken selbst an einem Bruche, in welchem der Wurmfortsatz lag, eine Verletzung und Entzündung desselben auftrat.

Die traumatische Appendicitis entsteht nach N.'s Ansicht auch bei gesundem Wurmfortsatze, nicht — wie Andere behaupten — bei schon erkranktem. In der Regel ist neben dem Trauma das Vorhandensein eines Kothsteines erforderlich. Bei dieser Kombination entsteht dann ein Einriss der Schleimhaut und weiterhin eine Infektion, welche alle Erscheinungen der gewöhnlichen nicht traumatischen Appendicitis hervorrufen kann und nach den üblichen Methoden, die auch sonst angewendet werden, zu behandeln ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

18) **F. Hofmeister.** Über die Behandlung brandiger Brüche mit primärer Darmresektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. Hft. 3.)

H. giebt zunächst einen Überblick über die in der v. Bruns-schen Klinik geübte Technik der Behandlung brandiger Brüche. Der Regel nach wird von allgemeiner Narkose abgesehen; nach Eröffnung des Bruchsackes folgt zunächst eine Desinfektion desselben, erst dann die Lösung der Einklemmung nach dem Princip der Herniotomia aperta. Grundsätzlich wird bei vorhandenem Darmbrande, wo nicht besondere Momente dagegen sprechen, die primäre Resektion und Vereinigung der Darmstücke nach Frey ausgeführt.

Auf 64 von 1896 bis 1900 ausgeführte Herniotomien kamen 25 Fälle mit Darmgangrän. Von diesen wurden 5 mit Kunstafter, 4 mit Vorlagerung der suspekten Schlinge behandelt, wobei die Sterblichkeit auch nach Abrechnung der von vorn herein verlorenen Fälle immer noch 75% betrug. Weit erfreulicher waren die Resultate bei den primären Resektionen. Unter 17 hierher gehörigen Fällen haben nur 4 tödlich geendet = 23,5% Mortalität. Die Länge des resecirten Darmstückes betrug im Mittel 45 cm, bei den geheilten Fällen war das Verhältnis der Länge des resecirten Stückes zur Länge des eingeklemmten durchschnittlich wie 6,5 : 1. In der Nachbehandlung ist Opium gänzlich verlassen worden zu Gunsten einer frühzeitigen Darreichung von Abführmitteln; es sollen aber solche nicht eher eingegeben werden, als bis die Durchgängigkeit des Darmes sicher bewiesen ist. Die Heilungsdauer betrug im Durchschnitte 21 Tage. Von den 4 Gestorbenen erlag einer der Perforationsperitonitis (Nahtdurchlässigkeit), 2mal bestanden Knickungen des

Darmes unterhalb der Resektionsstelle, 1mal war die Anastomose selbst nicht durchgängig geworden.

Anschließend betont Verf. nochmals, dass er in der primären Resektion das Normalverfahren, im Kunstafter nur einen Nothbehelf sieht für ganz verzweifelte Fälle. Vermeidung der allgemeinen Narkose, Übergang zur breiten Herniolaparotomie im Falle einer Resektion, ausgiebige Resektion, Entleerung des Darmes während der Operation, ferner seitliche Darmvereinigung und Reposition der genähten Schlinge unter Kontrolle des Auges sind, wie ausführlich dargelegt wird, diejenigen Momente, welche den Erfolg der primären Darmresektion bei brandigen Brüchen am besten zu sichern scheinen.

Honsell (Tübingen).

---

19) **R. Galeazzi.** I risultati definitivi nella cura operativa dell' ernia inguinale. (Clinica chirurgica dell' ospedale Mauriziano Umberto I, diretta dal Prof. A. Carle.)

(Estratto dalla clin. chir. 1899. No. 6.)

Milano, **F. Vallardi,** 1899. 40 S.

G. hat an dem reichen Materiale der genannten Klinik die Endresultate der Radikaloperationen der nicht eingeklemmten Leistenbrüche beim Manne revidirt und dabei vor Allem einen Vergleich der Methode Bassini's mit der Kocher's bezweckt. In dem Zeitraume von Januar 1889 bis Juni 1899 wurden im Ganzen 1400 einschlägige Operationen an 1285 Kranken ausgeführt mit 2 dem Eingriffe nicht zur Last gelegten Todesfällen (der eine, Tod am 7. Tage nach der Operation an Pneumonie, ist trotz der gleichzeitig bestehenden Pneumonieendemie wohl nicht ganz sicher auszuschließen. Der Ref.). Von diesem Materiale entfielen 1120 auf die Methode Bassini's und 280 auf die Kocher's; bei einigen großen komplicirten Brüchen wurde der Eingriff noch nach Carle modificirt (3—4 starke Seidennähte, welche die Muskeln, den Rectus, die Fascia transversa, das Poupart'sche Band, so wie die Haut fassen). Als maßgebend für die Beurtheilung des Erfolges legt G. seinen Untersuchungen eine 2jährige Beobachtungsdauer zu Grunde, und unter Recidiv versteht er jeden Misserfolg, also auch eine unvollständige Heilung und die Neigung zum Recidiv. G. hat 840 Fälle theils selbst nachuntersucht (525), theils genauere Notizen über sie vom Hausarzte erhalten. Hiervon erwiesen sich in Summa 792 = 94,29% als geheilt, und 48 = 5,71% zeigten Recidive im gedachten Sinne. Behufs eingehender Prüfung der Dauererfolge und des Werthes der Methoden wurden nun noch des Genaueren Alter und Profession der Operirten berücksichtigt, ferner das Verhalten der Bauchwand, die Art und Größe der Brüche, ihre Anzahl beim Einzelindividuum und schließlich der Wundverlauf und die Operationsmethode. Dabei kommt G. zu dem Schlusse, dass die Bassini'sche Methode im Allgemeinen allen anderen, also auch der Kocher's (»per ogni rispetto a quello«),

selbst unter Berücksichtigung ihres engeren Indikationsgebietes überlegen sei; dies besonders bei schlaffen Bauchwandungen, da Bassini gerade auf deren Festigung den Hauptwerth legt. Mit 1—2% Misserfolgen, die G. in seiner Statistik für Bassini berechnet, nähere sie sich auch dem Ideale eines Radikalerfolges am meisten.

A. Most (Breslau).

20) **G. Kelling.** Studien zur Chirurgie des Magens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 1 u. 2.)

Wenn sich Jemand die allgemeine Aufgabe stellt, die physiologischen Faktoren zu studiren, welche bei der Chirurgie des Magens in Betracht kommen, wie dies Verf. gethan hat, so sieht er sich vor die Beantwortung einer unendlich großen Zahl wichtigster Fragen gestellt. In der That hat K. keine Mühe gescheut und in einer außerordentlich großen Zahl von Versuchen und Experimenten verschiedenster Art sein Vorhaben mit Erfolg ausgeführt. Kein Wunder, wenn es darum unmöglich ist, in einem Referate den Inhalt einer Arbeit zu erschöpfen, in der jeder Satz fast eine wichtige Beobachtung oder interessante Schlussfolgerung enthält. Dennoch möchte ich es mir nicht versagen, bei der Bedeutung solcher physiologischer Studien auf einige für die praktische Anwendung bedeutsamere Punkte hinzuweisen.

Den Einfluss des Lagewechsels auf den Druck im Magen fand Verf. sehr gering, so dass vorsichtiger Lagewechsel nach einer Magennaht nichts schaden kann. Innerhalb gewisser Grenzen wird der Druck im Magen durch Muskelkontraktionen regulirt. Für die Magenwandspannung ist es gleichgültig, ob wir dabei wenig oder viel in das Organ hineinbringen. Darum darf man es getrost wagen, den Pat. mit Gastroenterostomie innerhalb 5 Minuten ca. 250 g zuzuführen und dies in 10 Stunden 3mal zu wiederholen. Der sog. Circulus vitiosus, das ist der Gallenrückfluss in den Magen und das Erbrechen, stellen keine allzugroßen Anforderungen an die Naht. Die größte Gefahr für die Magennaht besteht in dem Hereinbringen von festen Körpern. Im Fundus- und Pylorustheile des Magens besteht ein Unterschied in der Konsistenz und Größe der Speisetheile. Beim Hunde fand K. 1—2 cm vom Pylorus einen zweiten physiologisch wichtigen Sphinkter. Im Allgemeinen ist anzunehmen, dass im Pylorustheile und im Schließmuskel des Magens so wie im Duodenum Hemmungsvorrichtungen bestehen, welche bezwecken, den Magen zur Schonung des Darmes tüchtig arbeiten zu lassen. Diese Einrichtungen sind der Heilung von Magengeschwüren hinderlich, und als die beste Operation beim Ulcus ventriculi muss desshalb die Gastroenterostomie mit Verschluss des Pylorus angesehen werden, weil nur so die Gesammtheit jener Hemmungen beseitigt wird. Für die Entleerung des Magens ist die Anlegung der Anastomose nach v. Hacker oder Wölfler gleichgültig. In Fällen, wo es sich als nöthig erweist, bei Gastroptose eine Gastroenterostomie zu machen,

ist die Roux'sche Methode die beste, weil sie am meisten die veränderten Motilitätsverhältnisse berücksichtigt.

Eine eingehende Besprechung findet die Frage, wie am zweckmäßigten eine Gastroenterostomie anzulegen ist. Verf. fand, es sei am wünschenswerthesten, einen zuverlässig resorbirbaren Knopf zu besitzen, da nach seinen Versuchen der Circulus vitiosus am ehesten durch den Murphyknopf vermieden werde, weil dieser die Gesetze, welche zwischen der Größe der Fistelöffnung und der Circumferenz des gegenüberliegenden zur Anastomose verwendeten Darmes bestehen müssen, am besten erfülle.

Magen-Darmfisteln, welche bei offenem Pylorus, wie z. B. zur Heilung von Pförtnergeschwüren, angelegt werden, verkleinern sich, und zwar, wie K. nachweisen konnte, durch Nichtgebrauch der Anastomose. Ein Schließmuskel bildet sich nach des Verf. Ansicht an der Fistel nicht. Dagegen setzt der Magen einer forcirten Füllung Widerstand entgegen, so dass in der That plötzlich eingeführte größere Wassermengen nicht sofort abfließen. (Wie erklärt es sich aber, dass die Speisen oft 5—6 Stunden theilweise im Magen bleiben? Ref.). Wo man bei offenem Pylorus eine Fistel anlegt und nur letztere als Passage benutzt haben will, ist der Verschluss des Pylorus zu empfehlen. K. beschreibt dafür eine eigne einfache Methode ohne Eröffnung des Magen-Darmkanals.

Eine besonders wichtige Thatsache konnte K. ferner feststellen durch den Nachweis, dass Säuren und Fette, wenn sie nach Anlegung einer Magen-Darmanastomose direkt in das Jejunum gelangen, also das Duodenum vermeiden, nicht mehr den sofortigen Abfluss von Galle und Pankreassaft herbeiführen. Galle und Pankreassaft fließen mehr kontinuirlich, nicht mehr mit periodischen Steigerungen zu. Dadurch leidet anfänglich die Ausnutzung der Nahrung; doch können sich später normale Verhältnisse wieder herstellen. Weiterhin kann auch Verf. nur bestätigen, dass die Anwesenheit von Galle und Pankreassaft im Magen an sich keine Störung und Schädigung veranlasst. Wo dennoch solche vorhanden sind, muss das an anderen Ursachen liegen, unter denen dem Autor besonders nervöse Affektionen obenan zu stehen scheinen. Wenn er sagt, dass die Toleranz des Magens für Galle etc. auch durch »hohe« Duodenalstenosen erwiesen werde, so wäre es wohl besser, »intrapapilläre« Duodenalstenosen dafür zu setzen.

Die beschleunigte Entfernung des Mageninhaltes nach Gastroenterostomien, wie sie übrigens nach des Ref. Ansicht keineswegs die Regel ist, wird bei Umgehung des Duodenum von Seiten der Speisen bedingt durch den Fortfall des Hemmungsreflexes, welchen der gefüllte Zwölffingerdarm sonst auf die Magenmotilität ausübt. Auch der Anschauung des Autors, die er aus dem Thierexperiment gewonnen hat, dass Überfüllung des Duodenum (durch den offenen Pylorus) den Magentonus herabsetzt, kann ich nach Beobachtungen bei Operationen am Menschen nicht ohne Weiteres beistimmen.

Die gegebenen Einzelheiten erschöpfen keineswegs den Inhalt der äußerst interessanten Arbeit des Verf. Gerade bezüglich der Gastroenterostomie bleiben für den Chirurgen noch so viele Fragen zu beantworten, dass man gern eine so zahlreiche Serie von Beobachtungen zur Belehrung hinnimmt. Verf. hat sich jedenfalls eine große Reihe bedeutsamer Fragen vorgelegt und sie mit Ausdauer und emsigem Fleiße in einer Menge von Experimenten zu lösen versucht. Wichtige physiologische wie chirurgisch- technische Erfahrungen sind das erfreuliche Ergebnis, erfreulich auch für den, der sich im Einzelnen nicht immer den Ansichten des Verf. ganz anschließen kann. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

21) **H. J. Laméris** (Utrecht). Congenitale Atresie van den dünnen Darm.

(Mededeelingen uit de Chirurgische Kliniek der Rijks-Universiteit te Utrecht.)

Fälle dieser Art sind sehr selten. Im Findelhause zu Weenen unter 111 451 Neugeborenen 2, in Petersburg unter 150 000 Kindern 9. Das klinische Bild verläuft unter Erscheinungen eines akuten Ileus, die bald nach der Geburt einsetzen. Simpson's Annahme einer fötalen Peritonitis als ätiologisches Moment entbehrt der anatomischen Begründung. Ammon nimmt eine »Hemmungsbildung« an. Ein in Utrecht beobachteter Fall wirft einiges Licht auf die Genese solcher Fälle. Bei einem neugeborenen Kinde traten nach 24 Stunden Ileuserscheinungen auf. Im Nabelstrange eine Geschwulst mit deutlicher Fluktuation, aber gedämpftem Schalle. Diagnose: Hernia umbilicalis incarcerata. Operation. Die Geschwulst wird gebildet von einem nach beiden Seiten blind endigenden darmähnlichen Schlauche, der mit einem Stiele in die Leibeshöhle führt. Entfernung desselben. Ileus besteht fort, Tod. Bei der Obduktion findet sich das untere Ileum verschlossen, gebläht, Coecum und Colon proximal verschlossen, sehr dünn, sonst unversehrt. Zwischen den blinden Enden zieht vom Mesenterium ein bindegewebiger Strang, der identisch ist mit dem bei der Operation durchtrennten; auch an der exstirpirten Darmschlinge findet sich ein Mesenterium. Der Vorgang bei dieser Bildung ist folgender: Der Ductus omphalomesentericus obliterirt nicht völlig, der Darm zieht sich nicht völlig in die Bauchhöhle zurück, die Bauchwand schließt sich jedoch, und so kommt es zur Abschnürung eines Darmtheiles, dessen Enden blind zuheilen können; er bildet die im Nabelstrange liegende Geschwulst. Eben so verwachsen die Lichtungen des in die Bauchhöhle zurückgezogenen Darmes blind, es entsteht die Unterbrechung der Darmkontinuität. Verschiedene Stadien dieses Processes erklären die verschiedenen von anderen Autoren beschriebenen Bilder. Zur Therapie: Anus praeternaturalis überleben die Kinder nicht lange. Enteroanastomosis ist bei kleinen Kindern in Fällen von großer Inkongruenz der Darmlichtungen technisch kaum ausführbar. Die Therapie bleibt in vielen Fällen machtlos. **Mathes** (Graz).

22) **v. Mikulicz** (Breslau). Über Ileus.

(Therapie der Gegenwart 1900. Oktober-Hft.)

In einem im Juni v. J. vor der med. Sektion der schles. Ges. für vaterl. Kultur in Breslau gehaltenen Vortrage legt v. M. die für die Diagnose und Behandlung der verschiedenen Arten des Ileus leitenden Gesichtspunkte dar. An der Hand eines »Schemas« werden die mannigfachen Symptome besprochen, unter denen Haupt- und Nebensymptome unterschieden werden; ein zweites Schema giebt eine tabellarische Eintheilung der verschiedenen Ileusformen: 1) Strangulations-, 2) Obturations-, 3) paralytischer Ileus.

Besonderes Interesse beansprucht der dem Vortrage zu Grunde gelegte Bericht über die eigenen Erfahrungen des Vortr. Es sind 86 Fälle, über die genaue Krankengeschichten vorliegen. Von den 16 nicht operirten Pat. sind 10 genesen; bei den 6 anderen war eine Operation entweder von vorn herein aussichtslos oder nicht indicirt. Von den 70 operirten Pat. sind 36 gestorben, 34 Operirte wurden geheilt, und zwar sämmtliche Pat., die ohne Eingriff sicher gestorben wären.

Unter den 36 gestorbenen Pat. finden sich 21, bei denen aller Wahrscheinlichkeit nach die frühzeitige Operation lebensrettend gewirkt hätte: 14mal bestand bereits Peritonitis, 7mal war der Darm gangränös, ein 3 Monate altes Kind starb im Collaps etc.

Die verschiedenen Ileusformen sind in folgender Weise vertreten:

Strangulationsileus: 26 Fälle: 18 †,

Invagination bei 3 Kindern: 1 †,

Achsendrehung der Flexur und des Dickdarmes: 8 Fälle; 4 geheilt, 4 †, einer davon an Collaps, einer an Peritonitis;

Kompression des Darmes durch Hydrops der Gallenblase: 1 Fall, durch Operation geheilt;

Thrombose der Mesenterialvenen 2mal; in beiden Fällen Tod. 4mal blieb die Form des Ileus unaufgeklärt; davon starben 2 Kranke (keine Obduktion), 2 genasen.

Eingehender ist der Bericht über die Ileusfälle in Folge von Darmverschluss durch Geschwülste. Die betreffenden Beobachtungen lehrten, dass je tiefer das Hindernis, desto besser die Prognose: Von 6 Pat. mit Mastdarmcarcinomen, die zur vollständigen Occlusion geführt hatten, ist nur 1 gestorben; von 12 mit Geschwülsten des S romanum, die Kolostomie erheischten, ist einer gestorben, die Übrigen sind von Ileus geheilt; 7 Pat. mit Geschwülsten im oberen Dickdarme sind dagegen alle nach Anlegung eines Kunstafters gestorben (Anhydrämie, Inanition). **Gross** (Jena).

---

23) **Batsch, Marcinowsky, Holz, Demme, Lüttgen.** Zur Atropinbehandlung des Ileus.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 27, 43 u. 48.)

Nachdem B. (Großenhain) bereits 1899 von der Behandlung des dynamischen Ileus mit großen Dosen von Atropin (0,005 subkutan

1—2mal injicirt) Gutes gesehen hatte, ist diese Therapie auch von anderen Ärzten wiederholt mit Erfolg angewandt worden. Erneut berichtet B. in vorliegender Mittheilung über 2 zur Heilung gelangte Fälle, in denen die Ileuserscheinungen nach der Atropindarreichung schwanden und reichliche Stuhlentleerungen eintraten; in einem 3. Falle allerdings war das Atropin unwirksam, da es sich um Abklemmung des Darmes durch einen Strang handelte, und wurde durch die Laparotomie Heilung erzielt. Auch M. sah in einem schweren Falle von akutem Darmverschlusse nach Atropininjektion rasches Aufhören des Erbrechens und Eintreten von Stuhlgang, in einem anderen, anscheinend von Darmeinklemmung im Bruchsackhalse, gleichfalls diese Wirkung, nebenbei indess auch leichtere Erscheinungen von Atropinintoxikation ohne weitere nachtheilige Folgen. Eben so berichtet D. auf Grund zweier Beobachtungen über günstige Resultate, während L., allerdings bei einer bereits sehr geschwächten Pat., der die Herniotomie eines Schenkelbruches keinen Erfolg gebracht hatte, nach 0,005 Atropin schwere Vergiftungserscheinungen erlebte, nach deren Ablauf einmal reichlich Stuhlmassen und Gase entleert, bald aber wieder erneut leichtere Erscheinungen von Darmverschluss bemerkbar wurden, unter denen die Pat. an Herzschwäche starb. Der Fall von H. ist, da bereits vor der Anwendung des Atropins (0,001) sich die Darmdurchgängigkeit wiederherzustellen begonnen hatte, für den Werth der Atropinbehandlung nicht beweisend. **Kramer** (Glogau).

---

24) **Gallet.** Modification de la colostomie iliaque.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. April.)

In denjenigen Fällen von Bildung eines Kunstafters, in welchen der spätere Eintritt von Darminhalt in den abführenden Schenkel zu vermeiden ist, zieht G. nach Eröffnung der Bauchhöhle die passende geblähte Schlinge vor, führt durch ihr Mesenterium eine Fadenschlinge und befestigt es an das Peritoneum parietale des unteren Wundrandes. Dann durchzieht er den abführenden Schenkel nahe dem Wundwinkel mit einer Tabaksbeutelnaht, welche auch das Peritoneum parietale beider Wundränder mitfasst. Sobald die Tabaksbeutelnaht zugezogen und geknotet ist, kann kein Darminhalt mehr in den abführenden Schenkel hinein. In derselben Sitzung wird dann die Darmschlinge eingeschnitten 1—2 cm oberhalb der Tabaksbeutelnaht. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

---

25) **H. Hartmann.** Technique de la colostomie dans le traitement de certaines tumeurs inopérables du rectum.

(Revue de chir. 1900. No. 11.)

H. beschränkt sich bei der Colostomia iliaca, bei der er in bekannter Weise durch die Bauchmuskeln ihrem Faserverlaufe entsprechend vordringt, darauf, den vorgezogenen Darm durch einen durch sein Mesenterium hindurchgeschobenen, außen auf den Bauch-

decken aufliegenden Jodoformgazestreifen in der Wunde zu fixiren und an ihm nach 48 Stunden mittels Thermokauter eine sehr kleine Öffnung, und zwar am zuführenden Theile und in der an der Konvexität befindlichen Taenia muscularis anzulegen; der Jodoformgazestreifen wird am 7. Tage entfernt. H. hat in 30 in der angegebenen Art hergestellten Kolostomien niemals die sonst oft beobachteten Folgezustände, wie Vorfall der Schleimhaut, Verengerung der Öffnung, Hernienbildung, Inkontinenz und Übertritt des Kothes in den abführenden Darmtheil, gesehen. **Kramer** (Glogau).

---

26) **W. Prütz.** Bemerkungen zur Statistik der sacralen Exstirpation des Mastdarmkrebses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Die Arbeit enthält eine Kritik der Pichler'schen Statistik der von Hochenegg sacral operirten Mastdarmkrebse und der Tabelle, die Pichler auf Grund seiner Litteraturzusammenstellung über die Mortalität der sacralen Operation zusammengestellt hat. P. ging Pichler's Berechnungen nach und kam zu einem völlig verschiedenen Resultate. Während Pichler nur 14,3% Sterblichkeit bei 536 aus Publikationen größerer Kliniken gesammelten Fällen und 5,04% Sterblichkeit bei Hochenegg's Fällen ausrechnete, findet P. auf Grund desselben Materials bei seiner Nachprüfung für die Gesammtstatistik eine Mortalität von 21,2%; von Hochenegg's Pat. mit sacralen Eingriffen, die im Ganzen 116 betragen, starben 10, also etwa 8,6%. P. giebt des Genaueren an, wo er die Fehler der genannten Arbeit gefunden hat und wie so Pichler's Zusammenstellung die Aussichten der sacralen Mastdarmresektion doch zu rosig erscheinen lässt. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

27) **A. Blecher.** Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Enteroptose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 374.)

Während Duret und Rovsing die Magensenkung durch eine Fixirung der Magenwand an das vordere Parietalperitoneum beseitigt haben, hat Bier in 4 Fällen zu gleichem Zwecke eine Verkürzung des Lig. gastro-hepaticum mittels Zusammenraffung und Vernähung der Falten des Bandes ausgeführt. Diese Art künstlicher Suspension des Magens ist vorzuziehen, da sie die physiologische Beweglichkeit, deren derselbe bedarf, nicht stören wird. B. berichtet ausführlich über diese Fälle. 3—4 Fäden werden dicht unter der Leber durch das Ligament ein- und ca 1 cm tiefer wieder ausgeführt, in derselben Weise noch ein Mal in der Mitte desselben und zum 3. Male oberhalb der kleinen Curvatur; beim Anziehen und Verknoten der Fäden werden in dem Bande 2 Querfalten gebildet, es wird gerafft und

der Magen so in die Höhe gezogen. Der erste Faden liegt dicht neben dem Lig. hepatico-duodenale und fasst die Serosa-Muscularis der Pförtnergegend und die Kapsel der Leber mit, die anderen schließen sich in der Richtung nach der Cardia an. In 2 der Fälle wurden überdies in der Mitte der rechten Hälfte der Magenvorderfläche 2 Nähte durch die Serosa und entsprechend durch Kapsel und oberflächliches Gewebe des linken Leberlappenrandes gelegt, wodurch dem herabgeklappten Magen eine mehr normale schräge Stellung angewiesen wird. Der in Bezug auf Besserung der vorher sehr reducirten Ernährungsverhältnisse (»Gastroptosekachexie«) erzielte gute Erfolg, wie ihn auch Rovsing in seinen Fällen hatte, zeigte die Wichtigkeit der richtigen Beurtheilung der Erkrankung, die leicht ein bösartiges Leiden vortäuschen kann. B. giebt eine eingehende und gut orientirende Besprechung des bekanntlich von Glénard zuerst gewürdigten Zustandes, unter dessen Symptomen hier nur kurz die Senkung mit abnormer Erweiterungsfähigkeit, die gestörte Motilität mit Nahrungsstauung, Erbrechen, Aufstoßen und epigastrische Schmerzen wohl in Folge von Zerrung der Magennervengeflechte, so wie Stuhlverstopfung zu erwähnen sind. Aber die Dyspepsie und die meist daran sich schließende Neurasthenie sind immer nur Folgezustände der Magensenkung, die ihrerseits auf eine angeborene abnorme Schlaffheit und geringe Zugfestigkeit der Aufhänge- und Befestigungsbänder zurückzuführen ist.

Ähnlich den 4 Kranken mit Gastroptose behandelte Bier auch einen Fall von Colonptose. Der Kranke litt an Stuhlverstopfung und Schmerzen in der linken Bauchseite. Die Laparotomie ergab eine fast bis zur Symphyse reichende Schlingenbildung des Colon transversum in dessen linker Seitenhälfte. Raffung des Mesocolon durch 3 Seidennähte. Heilung mit gutem Operationserfolge.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

28) **V. Pauchet** (Amiens). Chirurgie des voies biliaires.

Paris, **J. B. Baillière et fils,** 1900.

Das vorliegende, in der Sammlung »Les actualités médicales« erschienene Werk gehört in die Kategorie der »Paukbücher« oder »Eselsbrücken«, und damit ist sein wissenschaftlicher Werth bereits genügend gekennzeichnet. Auf 88 kleinen Oktavseiten in großem Drucke bringt es alles »Wissenswerthe« aus der Chirurgie der Leber- und Gallenwege. Aber es ist nicht nur ein »Paukbuch«, sondern auch ein schlechtes. Anstatt auf dem knapp bemessenen Raume wenigstens zu versuchen, dem Studenten — nur für solche kann es ja geschrieben sein — ein wenn auch oberflächliches Verständnis für die Pathologie der Verletzungen und Erkrankungen des Gallensystems, ihre Diagnostik und die Indikationen zum chirurgischen Eingriffe bei denselben beizubringen, wird über diese für ihn doch zweifellos wichtigsten Dinge auf knapp 36 kleinen Seiten mehr als flüchtig hinweggegangen, um den Rest des Buches mit Beschrei-

bungen der Operationen am Gallensysteme auszufüllen, wobei $1^1/_2$ Seite zur Aufzählung des Instrumentariums verwandt werden, das doch kaum ein anderes, wie für jede Laparotomie ist. Für das Gesagte nur wenige Beispiele: Die Symptomatologie der Cholelithiasis wird mit der Radiographie eröffnet! Man hört geradezu den Praktikanten in der Klinik, der stets das »Neueste« zuerst vorbringt, da er vom Alten nichts weiß! Die Symptome, welche Steine in der Gallenblase hervorrufen, werden mit folgendem Satze abgefertigt: »Sie verrathen sich manchmal durch einen Schmerz bei Druck auf die Gallenblase, in der Regel aber verräth ein Kolikanfall klinisch ihre Anwesenheit; die Kolikanfälle können entweder deutlich, mit Erbrechen, heftigen Schmerzen und vorübergehendem Ikterus oder leicht und unvollkommen sein, sie heißen dann verwischte. Häufig geben sich die Steine in der Blase durch gar kein Schmerzsymptom zu erkennen.« Voilà tout! Der Gallensteinileus kommt nach der lichtvollen Darstellung des Verf. folgendermaßen zu Stande: »Wenn ein großer Stein die Gallenblase und den mit ihr durch Adhäsion verbundenen Darm perforirt, so geräth er in die Darmcirkulation. Nun brauchen nur einige Kothinkrustationen seinen Umfang zu vergrößern, so dass dieser den des Ileum übertrifft, und die Darmocclusion ist fertig.« (!!) Von einer Besprechung der Diagnose der einzelnen Formen der Erkrankungen des Gallensystems, von einem Versuche auch nur, auf Grund der pathologisch-anatomischen Vorgänge ein Bild derselben zu entwerfen, ist gar keine Rede. Kein Wunder, wenn auch die Indikationen zum chirurgischen Eingriffe jeder Begründung vielfach entbehren und oft direkt widersinnig sind. Was soll man z. B. zu folgendem Satze sagen: »Jedes Mal, wenn man unter dem rechten Rectus unterhalb des Rippenrandes eine Resistenz fühlt, muss man an eine Erkrankung der Gallenblase oder ihrer Nachbarschaft denken und unverzüglich eine Laparotomie machen.« ?! Die Beispiele für derartige Indikationsstellung ließen sich beliebig vermehren, doch glauben wir, dass die diagnostischen Fähigkeiten des Verf. und seine Indikationsstellung nicht besser charakterisirt werden können, als durch seinen Rath, als Schnittführung in der Regel die Incision in der Mittellinie zu wählen, da »in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose nicht hinreichend sicher gestellt werden kann«.

Nach diesen Proben lässt sich schon erwarten, dass der die Operationsmethoden behandelnde Theil auch wenig Erfreuliches enthalten dürfte; und diese Erwartung können wir leider nur bestätigen. Nach einer Würdigung der einzelnen Methoden hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und Erfolge, nach einer Abwägung der Indikationen der einen gegenüber der anderen Methode wird man, von einigen nichtssagenden Redensarten abgesehen, vergeblich suchen. Stets wird für den Eingriff an einem der in Rede stehenden Organe nur ein Verfahren angeführt, so dass der Leser überhaupt gar nicht ahnt, dass es auch noch andere giebt, die noch dazu häufig weit besser sind, als das empfohlene. Wie kann man z. B. die Duodenotomie

als Explorativoperation, lediglich zur Sondirung des Choledochus empfehlen! Wie kann man heute noch dazu rathen, bei der Cholecystostomie die Gallenblase an die Bauchhaut anzunähen oder bei den dringenden Fällen, in denen eine schwere Infektion des Gallensystems schleunige Drainage erfordert, zweizeitig zu operiren? Wie muss es den Leser, Angesichts der fast täglich erscheinenden Arbeiten über Händedesinfektion und ihre Unmöglichkeit, berühren, wenn er liest, dass »die Finger die besten Instrumente bei der Abdominalchirurgie sind«! Welche Geschmacklosigkeit — dies nur nebenbei — von einem »anus biliaire« zu reden! — Von einer Drainage der Gallenblase, des Choledochus und Hepaticus weiß Verf. anscheinend überhaupt nichts, die Cholecystenterostomie ist in seinen Augen ein völlig harmloser Eingriff, den er sich nicht scheut, sogar für Fälle von Steineinklemmung im Choledochus zu empfehlen, wenn der Kräftezustand eine Abkürzung der Operation wünschenswerth erscheinen lässt.

Doch genug dieser unerfreulichen Besprechung! Dieselbe können wir nur mit dem Wunsche beschließen, dass das Buch im Interesse der medicinischen Litteratur und des Verf. selbst ungeschrieben geblieben wäre! **R. v. Hippel** (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

29) **W. F. Petrow.** Ein Fall von Peritonitis nach Trauma.

(Boln. Gas. Botkina 1900. No. 38. [Russisch.])

Ein 32jähriger Mann kam 2 Wochen nach einer Prügelei mit Exsudat links unten im Peritonealraume ins Spital. Besserung nach $3^1/_2$ Wochen. Darauf plötzlich Hitze, Schmerzen und ein Exsudat hinter dem Mastdarme. 2 Wochen später besserte sich der Zustand wieder, doch nur auf $2^1/_2$ Wochen, dann von Neuem Temperatursteigerungen bis 40°, was sich etwa 8mal innerhalb eines Monates wiederholte. 4 Monate nach der Prügelei Laparotomie; man fand eine Menge Verwachsungen, besonders fest in den oberen Theilen des Bauches. Am Peritoneum fanden sich Knötchen, die bei der mikroskopischen Untersuchung Riesenzellen und Pflanzenfasern enthielten. Nach der Operation trat Heilung ein, und konnte Pat. nach 2 Monaten entlassen werden. Es handelte sich also um Perforation des Darmes mit Austritt von Speiseresten in die Bauchhöhle; diese Reste (die Pflanzenfasern) wurden zum Ausgangspunkte der Knötchenbildung und bewiesen so, wie viel der Organismus zur Selbstvertheidigung leisten kann.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

30) **S. T. Grenkow.** Ein Fall von Leistenbruch bei einer Frau.

(Wratsch 1900. No. 33.)

Die Hernie entstand bei der jetzt 44 Jahre alten Pat. vor 17 Jahren während der 5. Schwangerschaft und vergrößerte sich in der ersten Zeit rasch, so dass sie bald bis zur Mitte des Oberschenkels herabreichte. Dann wurde das Wachsthum langsamer. Nach Entstehen der Hernie gebar Pat. 6mal regelmäßig. Der Bruch reicht jetzt von der rechten Leiste bis 10 cm unter das Knie, ist nur zum kleinsten Theile reponibel und enthält im unteren Theile 2 faustgroße, harte Geschwülste, im mittleren — größten — Flüssigkeit. Diagnose: Fibrom und Hydrocele ligamenti rotundi, Leistenbruch. Pat. ist sehr erschöpft, hat aber nie Schmerzen gehabt und sich nie an einen Arzt gewendet. Die Operation ergab einen inter-

essanten Befund: der Bruchsack enthielt außer Dünndarm den rechten Eileiter, den rechten Eierstock und ein Stück Netz. Eierstock und Eileiter waren mit dem Sacke fest verwachsen und nicht abzulösen; Eierstock normal; die Tubenfimbrien, sehr hypertrophirt, verschließen zum Theil die Bruchpforte. Der Rest der letzteren wird durch das eigenthümlich degenerirte Netz klappenartig verschlossen. Das Netz ist nämlich im Bruchkanale zu einem 3 cm langen, $1\frac{1}{2}$ cm (oben sogar nur 0,2 cm) dicken Strange zusammengepresst, der im Bruchsacke befindliche Theil dagegen zu einem pinselartigen Gebilde mit 5—6 Fimbrien umgewandelt, macerirt und vollständig blutleer. Diese Klappe lässt die Flüssigkeit aus der Bauchhöhle in den Bruch, nicht aber umgekehrt treten. Bei der Operation werden 15—20 Liter entleert. Die Geschwülste erwiesen sich als Fibrome des Bruchsackes, das Lig. rotundum wurde nicht gesehen. G. durchschnitt den Sack so, dass Eierstock und Eileiter versenkt werden konnten, nähte dann das Peritoneum, die Muskeln, entfernte die überschüssige Haut und nähte die Hautwunde (36 cm lang). Nach 2 Wochen geheilt entlassen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

31) **Andrassy.** Schwusswunde der hinteren Magenwandung. Laparotomie nach 17 Stunden. Heilung.

(Med. Korr.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins Bd. LXX. No. 40.)

Die Schussverletzung des Magens, die sich 2fingerbreit oberhalb der großen Curvatur an der hinteren Fläche befand, war dadurch zu Stande gekommen, dass Pat. mit der Pistole die Bauchdecken stark eingedrückt hatte. Eine Peritonitis hatte sich noch nicht ausgebildet.

Buchbinder (Leipzig).

32) **M. Gauthier.** Perforation de la petite courbure de l'estomac par un ulcère.

Soc. des sciences méd. de Lyon. (Indépendance méd. 1900. December.)

Fall von Perforation eines Magengeschwüres mit charakteristischem Initialschmerz, sofortige Operation, Eröffnung eines perigastrischen, der Vorderfläche des Magens aufliegenden Eiterherdes, der allseitig bis auf die Unterfläche abgeschlossen war. Nach unten hatten sich die schützenden Verwachsungen gelöst und zu beginnender Peritonitis geführt. Vernähung der Abscesswände mit der Bauchwand (zur Isolirung des Peritoneums), Tamponade der Abscesshöhle und des von Peritonitis ergriffenen Theiles der Bauchhöhle; das an der kleinen Kurvatur liegende Geschwür wurde in Ruhe gelassen. Anfänglich entleerte sich viel Magensekret nach außen, schließlich Heilung der Operationswunde. Gleichzeitig schwanden die Erscheinungen von Seiten des Geschwürs vollkommen, wahrscheinlich in Folge Abstoßung der geschwürig veränderten Magenpartie durch die Eiterung und völlige Ausheilung der Magenwunde.

Mohr (Bielefeld).

33) **E. Monnier.** Über angeborene Pylorusstenose im Kindesalter und ihre Behandlung.

Diss., Zürich, 1900. 56 S.

M. theilt in der vorliegenden Arbeit einen von Fritsche in Glarus mit Erfolg operirten Fall von angeborener Pylorusstenose mit. Das Kind war 4 Wochen lang gestillt worden und hatte während dieser Zeit keine krankhaften Erscheinungen geboten. Beim Übergange zu künstlicher Nahrung (Mehlsuppe) trat hartnäckiges Erbrechen auf, stets ohne Galle. Bei der Aufnahme ins Kantonsspital in Glarus beobachtete man neben hochgradiger Kachexie als auffallendstes Symptom eine alle 2—3 Minuten von links oben nach rechts unten, über die Magenwand verlaufende peristaltische Welle, die nach unten den Nabel um 2 cm überragte und jeweilen in der vorübergehenden Bildung einer eigroßen, harten Geschwulst zwischen Nabel und Spina ilei anterior superior dextra endete. Die Operation, die in einer vorderen Gastroenterostomie mit Anhängung des zuführenden Schenkels an die Gegend des Magengrundes bestand, bestätigte die Diagnose

einer Pylorusstenose. Die Pylorusgegend zeigte eine gleichmäßige, koncentrische Hypertrophie der Wand. Der Verlauf war günstig, obwohl bei der Entfernung der Hautnähte die Bauchwunde platzte und wieder frisch genäht werden musste. Der Erfolg der Operation wurde durch eine nach beinahe $1^1/_2$ Jahr nach der Operation vorgenommene Untersuchung bestätigt.

Verf. bespricht im Anschlusse an diese Beobachtung die bisher mitgetheilten Fälle und kommt in erster Linie zu dem Schlusse, dass es sich um eine Wandverdickung in der Gegend des Pylorusringes handelt, bisweilen mit Verlängerung desselben.

Was den Ursprung der Erkrankung betrifft, so stellt sich Verf. auf die Seite der Annahme einer angeborenen Störung und sieht gewiss mit Recht in dem von Pfaundler als einzige Ursache des Verschlusses aufgefassten Spasmus nur ein konkurrirendes, die Stenose noch verschlimmerndes Moment. Er schließt jedoch nicht aus, dass auch Fälle vorkommen können, in denen nur der Spasmus besteht.

Für die Diagnose ist das Erbrechen bei spärlichem, trockenem Stuhle, im Vereine mit den peristaltischen Bewegungen in der Magengegend von grundlegender Bedeutung. Die Prognose ist ohne Operation ungünstig. Die Behandlung kann, wenn die Ernährung an der Mutterbrust, so wie allfällig die Verabreichung künstlicher Nahrung in ganz kleinen Portionen und der Gebrauch der Magensonde keine Besserung erzielen, nur in der Operation bestehen. Als solche kann nur die Gastroenterostomie in Frage kommen, und zwar wegen der engen Lichtung des kindlichen Darmes durch Naht und nicht mit dem Murphyknopfe. Die Operation ist indicirt, sobald die klinischen Symptome das Leben des Pat. ernstlich bedrohen und die interne Behandlung erfolglos geblieben oder erschöpft ist, gleichviel ob es sich um eine wirkliche Stenose oder um einen Spasmus handle, und die Ablehnung des Eingriffes durch Pfaundler nicht berechtigt.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

34) **Smoler** (Prag). Darminvagination, bedingt durch ein melanotisches Sarkom des Dünndarmes. Darmresektion. Heilung.

(Zeitschrift für Heilkunde 1900. Bd. XXI. Hft. 9.)

Bemerkenswerth ist die polypöse Form der etwa hühnereigroßen, von der Schleimhaut ausgehenden melanotischen Geschwulst und besonders der Umstand, dass es sich um eine solitäre Geschwulst handelte. $1/_2$ Jahr nach der Operation musste anderen Orts ein kindskopfgroßes Melanosarkom vom linken Oberarme des 58jährigen Pat. entfernt werden.

Weitere Nachforschungen, die S. anstellte, ergaben, dass mehrere Jahre vor der 1. Operation (Darmresektion) dem Pat. eine pigmentirte Warze an der Hand operativ entfernt worden war; mit Rücksicht hierauf glaubt S. desshalb die Darmgeschwulst als Metastase auffassen zu müssen, obwohl sie vollkommen den Eindruck einer Primärgeschwulst gemacht hatte. **Gross** (Jena).

35) **J. Petit.** Greffes d'un kyste hydatique de la rate dans le tissu cellulaire sous-cutané consécutives à l'ouverture chirurgicale de ce kyste.

(Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris T. LXXV. No. 7.)

Im Juni 1898 operirte Quénu einen Milzechinococcus, wobei die Tasche austamponirt wurde. Im Juni 1900 kommt die Kranke wieder mit Impfmetastasen in der Narbe. Die Geschwulst, die zuerst nur zweilappig erscheint, erweist sich bei der Operation als aus einer Reihe von Bläschen bestehend. Wieder ein Beweis, dass Tochterbläschen in den Geweben haften und sich weiter entwickeln können. **Christel** (Metz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. Sonnabend, den 2. Februar. 1901.

Inhalt: I. **A. v. Gubaroff**, Über ein Verfahren zur Restitution des durchschnittenen Ureters vermittels direkter Vernähung desselben. — II. **O. Wolff**, Zur Behandlung des schrägen Unterschenkelbruches mit Bardenheuer'scher Extension. (Original-Mittheilungen.)

1) **Marx**, 2) **Marx** und **Wolthe**, Bakteriologisches. — 3) **Hunter**, Der Mund als Eingangspforte pyogener Infektionen. — 4) **Jones**, Tuberkelbacillen bei gesunden Menschen. — 5) **Apert**, Knochentuberkulose. — 6) **Reis**, Osteomyelitis. — 7) **Schmieden**, Gelenkmäuse. — 8) **Benda**, Intermittirende Gelenkwassersucht. — 9) **Tassigny**, Muskellähmungen bei Gelenkleiden. — 10) **Schröders**, Operationen während der Schwangerschaft. — 11) **Gersuny**, Eine subkutane Prothese. — 12) **Lancereaux** und **Paulesco**, Gelatineinjektionen bei Aneurysmen. — 13) **Calot**, Die in Berck behandelten Krankheiten. — 14) **Carle**, Die V. basilica. — 15) **Borchardt**, Ganglienbildung in der Tricepssehne. — 16) **Mariani**, Unterschenkelgeschwüre. — 17) **Finck**, Klumpfuß.

18) 68. Jahresversammlung der British medical association. — 19) **Chardin**, Celluloseverwendung zu chirurgischen Instrumenten. — 20) **Fiorani**, Überpflanzung von Hühnerhaut. — 21) **Gérard-Marchant**, Aneurysma der A. anonyma. — 22) **Schroeder**, Plastik in der Hand. — 23) **Péreire** und **Mally**, Resektion des N. med. — 24) **Körte**, Unterbindung der Aorta. — 25) **Nové-Josserand**, Angeborene Hüftverrenkung. — 26) **Fagge**, Tuberkulöse Bursitis. — 27) **Loos**, Varix der V. saphena. — 28) **Tilmann**, Bluterknie. — 29) **Potel**, Genu recurvatum. — 30) **Senn**, Transplantation der Kniescheibe. — 31) **Montini**, Nervendehnung. — 32) **Tusini**, Aktinomykose des Fußes. — 33) **Laurent**, Hohlfuß. — 34) **Féré**, Lipome der Fußsohle. — 35) **Goris**, Fraktur des Proc. styloides.

I.

Über ein Verfahren zur Restitution des durchschnittenen Ureters vermittels direkter Vernähung desselben.

Von

Prof. **A. v. Gubaroff** in Moskau.

Obwohl die Restitution eines verletzten ev. auch durchschnittenen oder theilweise weggeschnittenen Ureters gelegentlich mit ganz gutem Erfolge ausgeführt worden ist, indem man denselben entweder in die Blase, oder in das Darmlumen implantirt hat, ist doch eine direkte Vernähung des Ureters nur selten mit günstigem Erfolge am Menschen ausgeführt worden, vielleicht weil man selten einen Fall antrifft, wo eine Implantation in die Blase sich als unmöglich erweist.

In solchen Fällen müssen die beiden Enden des Ganges mit einander vernäht werden.

Die große Zahl der dazu empfohlenen Verfahren beweist, dass eine für alle Fälle ausreichende Methode noch zu suchen ist; desswegen verdient jede klinische Beobachtung, welche zu einem günstigen Resultate geführt hat, besonderes Interesse.

In diesem Semester habe ich nun Gelegenheit gehabt, nach Herausschneiden eines etwa 3 cm langen Stückes des Ureters diesen Gang durch einfache Naht wieder vollständig zu restituiren, wie das Leichenpräparat (Obduktion am 31. Tage, Tod ohne Zusammenhang mit der Operation) deutlich bewiesen hat.

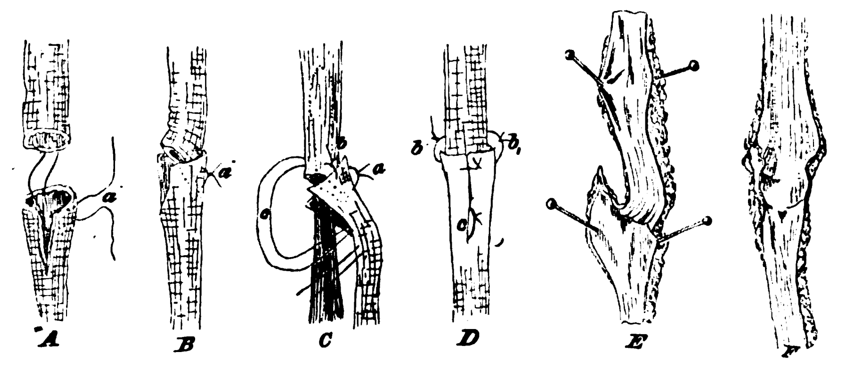


Fig. *A* zeigt die Spaltung des unteren Abschnittes und die Anlegung der ersten Naht *a*, welche die hintere Wand des oberen Abschnittes in den unteren invaginirt.

Fig. *B* zeigt die Wirkung der Schließung der Naht *a*.

Fig. *C* zeigt die Einführung der Sonde, die Anlegung der zweiten Naht *b*, welche gleich geknüpft wird, eben so auch Naht b_1 (auf Fig. *B* nicht sichtbar) und die Lage der dritten Naht *c*, welche erst nach Entfernung der Sonde zu knüpfen ist.

Fig. *D* zeigt das Resultat nach Knüpfung aller Nähte; *a* ist nicht sichtbar, *b* und b_1 sind an den betreffenden Stellen markirt. Die Invagination erfolgt nach Knüpfung der Naht *c*. Die Spaltwunde wird durch eine oberflächliche Naht vereinigt.

Fig. *E*, Präparat eines vernähten Ureters vom Hunde, operirt von Dr. Bloodgood nach dem typischen Verfahren von van Hook.

Fig. *F*, Präparat von dem oben erwähnten Falle, operirt vom Verf. nach eigenem Verfahren, 31 Tage nach der Operation (Tod an ausgedehnter Amyloiddegeneration der Bauchorgane). Vollständige Restitution der Schleimhautoberfläche.

Es hatte sich um ein enormes Fibrosarkom gehandelt (Circumferenz in der Nabelgegend 92 cm), welches rechts ganz intraligamentär gelagert war und nach dem typischen Doyen'schen Verfahren zusammen mit dem Uterus entfernt wurde. Bei der Ablösung der intraligamentären Abtheilung der Geschwulst und ihrer ausgedehnten Verwachsungen mit den Gedärmen wurde ein Stück des rechten Ureters weggeschnitten. Sofort wird versucht, das obere Ende in das untere zu implantiren. Da es sich aber sofort erwies, dass die typische Methode van Hook's (seitliche Implantation des oberen Endes in das untere) eine große Zeitdauer in Anspruch nehmen würde, so entschloss ich mich zu folgendem Verfahren.

Der freie Rand des unteren Abschnittes wurde längs gespalten, das obere Ende in das untere invaginirt und mit längs verlaufenden Nähten befestigt. Die Nähte, welche die ganze Ureterwand fassten,

konnten also nur längs verlaufende Verletzungen verursachen. Da aber die experimentellen Angaben van Hook's gezeigt haben, dass längs verlaufende Verletzungen des Ureters ohne Fistelbildung heilen, so war nicht zu befürchten, dass die Spaltung des unteren Abschnittes oder die Nähte die Heilung irgend wie stören möchten. Der Verlauf entsprach dieser Voraussetzung.

Das ganze Verfahren, so wie auch die Benutzung der Sonde, welche die Anlegung der Nähte bedeutend erleichterte, ist aus den Zeichnungen zu ersehen.

Voraussetzung zur sicheren Heilung ist, dass die vernähte Stelle gut mit Peritoneum bedeckt wird, weil nur die primäre Verklebung des Bauchfelles, wie bei Darmnähten, den Erfolg sichert. Die Rolle der Nähte ist zu Ende, sobald das Bauchfell nach einigen Stunden gut verklebt ist. Desswegen sollen Nähte aus resorbirbarem Material hergestellt werden; am besten aus haarfeinen Renthiersehnen. In meinem Falle habe ich auf einer Seite einen zu starken Sehnenfaden gebraucht, in Folge wovon eine Infiltration geblieben ist, welche man am Präparate deutlich bemerken kann (s. Fig. *F*).

Wie gesagt war die vollständige Restitution des Ureters am 31. Tage nach der Operation aus dem Präparate (möglicherweise ein Unicum) zu ersehen. Dasselbe ist auf Fig. *F* dargestellt, und ein Vergleichen desselben mit Fig. *E* scheint sehr instruktiv zur Beurtheilung der beiden Verfahren.

Das Herausschneiden der Mucosa, um eine bessere Koaptation und Verklebung zu bekommen, scheint ein theoretischer Vorschlag zu sein, indem das, was nach Entfernung der Schleimhaut übrig bleibt, kaum noch zu vernähen ist, so zerreißbar sind diese Gewebe.

Die Freilegung des Ureters, welche in unserem Falle auf 4 cm zu berechnen ist, scheint auf die Heilung keine bedeutende Wirkung auszuüben.

Es scheint endlich, dass die Vereinigung der Ureterabschnitte auch mit einer ganz geringen Zahl von Nähten geschehen kann, da dieselben nur provisorisch zu dienen haben, bis die Bauchfellverklebung eine definitive Befestigung zu garantiren vermag.

Moskau, 25./14. December 1900.

II.

Zur Behandlung des schrägen Unterschenkelbruches mit Bardenheuer'scher Extension.

Von

Dr. Oscar Wolff,

Oberarzt am kathol. Krankenhause zu Essen.

Im Centralblatte für Chirurgie 1901 Hft. 1 spricht Herr Dr. Kaefer aus Odessa über die »Behandlung der Verkürzung bei

Unterschenkelbrüchen«. Speciell »der häufig vorkommende typische Schrägbruch der Tibia mit gleichzeitiger Fraktur des Wadenbeines bietet der Behandlung besondere Schwierigkeiten, da es nur schwer gelingt, die durch Muskelzug bedingte Verkürzung auszugleichen«. Außer anderen Methoden hat er sich bei der Behandlung dieser Fraktur auch der Bardenheuer'schen Gewichtsextension bedient, die ihm indessen »wenigstens in den hier in Betracht kommenden Fällen keineswegs zufriedenstellende Resultate« gegeben hat.

Ich habe während meiner Assistentenzeit am Kölner Bürgerhospitale zahlreiche Flötenschnabelbrüche nach der dort allgemein durchgeführten Extensionsmethode behandelt, und wenn ich zu ganz anderen Resultaten gelangt bin, wie Herr Dr. Kaefer, so dürfte es bei der Wichtigkeit der in Frage stehenden Bruchform wohl nicht unangebracht sein, des Näheren hierauf einzugehen und die Gründe zu suchen, durch welche sich diese Differenz der Erfahrungen erklären lässt.

Bei der Durchführung der Extensionsmethode werden vielfach Fehler gemacht. Ich gehe auf diese Fehler nur in so weit ein, als sie beim Flötenschnabelbruche in Betracht kommen. Ein Kranker mit gebrochenem Beine, das mit Strecke behandelt werden soll, gehört zunächst in ein langes sog. Streckbett, d. h. in ein Bett, in dem bei ausgestreckter Lage des Kranken die Fußsohle mindestens $^1/_2$ m vom unteren Bettende entfernt bleibt. Vielfach sieht man in Krankenhäusern Pat. in Extension liegen, die mit der Sohle des erkrankten Beines den unteren Bettrand nahezu berühren. Sie brauchen nur ihren Körper um einige Centimeter abwärts zu schieben, — und das geschieht im Schlafe durch den Zug der Gewichte selbst bei hochgestelltem unteren Bettende eben so unwillkürlich als regelmäßig — dann berührt die Fußsohle den Bettrand, und die beabsichtigte Wirkung der Strecke ist gänzlich illusorisch. Oder aber das Seil, welches die extendirenden Gewichte trägt und über das untere Bettende geleitet wird, ist zu lang; dann braucht sich der Kranke nur eine kurze Strecke — trotz seines langen Streckbettes — nach abwärts zu schieben, und die Gewichte hängen nicht mehr schwebend, d. h. ziehend, in der Luft, sondern stehen auf dem Fußboden und haben hier nicht die geringste extendirende Wirkung.

Das sind Alles Fehler, die ich in Krankenhäusern nicht einmal, sondern wiederholt gesehen habe, und die nicht nur dem einzelnen Falle, sondern der ganzen Methode zum Nachtheile gereichen.

Die Extension muss Tag und Nacht in gleicher Weise stetig wirken, soll nicht das am Tage Erreichte in der Nacht wieder verloren gehen.

Gewöhnlich liegt die Frakturstelle beim schrägen Unterschenkelbruche etwa handbreit oberhalb des Sprunggelenks; das periphere Fragment ist relativ kurz und bietet dem Ansatze der Heftpflasterstreifen nur wenig Raum. Zudem wird vielfach zwischen die Heftpflasteransa, welche die Gewichte trägt, ein Querbrett eingespannt,

welches die Schlinge aus einander halten und den Druck auf die Knöchel, den Decubitus verhindern soll. Eine derartig angelegte Extension ist nahezu von gar keiner extendirenden Wirkung. Sie erfasst das Knöchelfragment gar nicht, übt keinen Zug nach unten aus und wirkt, so angelegt, entschieden schlechter als ein Gipsverband, der dem gebrochenen Beine wenigstens eine gute Schiene giebt, wenn er auch keine extendirende Wirkung hat. Gerade weil das Fragment so kurz ist und so wenig Halt giebt, muss man es mit der Schlinge möglichst eng und exakt zu fassen suchen. Die Schlinge darf nicht durch ein eingespanntes Brett aus einander gehalten werden, sondern sie muss im Gegentheile möglichst zusammengezogen werden, um den Knöcheln dicht anzuliegen. Das wird durch eine gewöhnliche Hosenträgerschnalle erreicht, in welche die Heftpflasteransa eingeschnallt ist; trotzdem die Schlinge den Knöcheln fest aufliegt, entsteht niemals Decubitus, wenn man zwischen Pflaster und Knöchel nur ein dünnes Gazebäuschchen einschiebt.

Es ist wesentlich, dass die Heftpflasterstreifen weit über die Frakturstelle hinauf reichen; beim Flötenschnabelbruche reichen die Längsstreifen bis zur Mitte des Oberschenkels nach Bardenheuerscher Methode. Reichen die Streifen nur bis zur Bruchstelle, so wird zwar das periphere Fragment distrahirt, es werden aber die kontrahirten und elastisch retrahirten Muskeln nicht beeinflusst. Gerade die Muskeln, welche die Bruchstelle überbrücken, bedingen durch ihre Re- und Kontraktion die Verschiebung der Bruchstücke und werden in höherem Grade gedehnt, wenn die Extension auf ihren ganzen Verlauf einwirkt, als nur auf ihr Ende.

In diesem Punkte, die Extensionsstreifen weit über die Bruchstelle hinaufreichen zu lassen, ist Herr Dr. Kaefer der Vorschrift Bardenheuer's gefolgt, in der Belastung ist er indessen nicht weit genug gegangen.

Eine Belastung von 15—20 Pfund genügt bei der in Frage stehenden Fraktur nicht zum Ausgleiche der Dislokation; dazu sind mindestens 30—35 Pfund erforderlich. Bardenheuer trägt nicht nur der Längenverschiebung, sondern auch der seitlichen Verschiebung Rechnung, d. h. er verwendet nicht nur Längszüge, sondern auch in seitlicher Richtung angreifende Züge. Beim Flötenschnabelbruche verschieben sich die Fragmente gewöhnlich an einander vorbei, so dass der Unterschenkel in toto kürzer wird; dann aber hebt sich in Folge der Quadricepswirkung das untere Ende des oberen Fragments, der Schnabel, nach oben, dorsalwärts, während das kurze periphere Bruchstück mit dem Fuße nach hinten sinkt. Um beiden Verschiebungen gerecht zu werden, wird also in longitudinaler Richtung mit einem Gewichte von 15—20 Pfund extendirt. Gleichzeitig wird das nach hinten gesunkene Fußfragment vertikal nach oben geleitet; der nach oben wirkende Zug ist mit einem Gewichte von 5 Pfund beschwert. Der nach oben abgewichene Tibiaschnabel wird direkt nach unten gedrückt, so dass sich seine Bruchfläche mit der des

unteren Fragments berührt. Der Druck wird durch den sehr einfach konstruirten Bardenheuer'schen Schlitten mit einer Stärke von 10 Pfund ausgeübt. In Ermangelung des Schlittens lässt sich auch ein 10 Pfund schwerer Sandsack verwenden, der auf die Kante des oberen Tibiafragments gelegt wird. Extendirt man das obere Ende des centralen Fragments noch nach oben durch einen Zug, welcher dicht unterhalb der Kniekehle angreift und dasselbe direkt nach oben hebt (5 Pfund), so wird das obere Fragment in einen Hebel mit dem Drehpunkt in der Mitte verwandelt und so die Wirkung des Schlittens wesentlich gesteigert. Vielleicht klingt die Sache komplicirter, als sie in Wirklichkeit ist; kurz gesagt wirken beim schrägen Unterschenkelbruche 4 Züge, einer nach unten in der Längsrichtung des gebrochenen Gliedes, 2 nach oben (einer unter dem Knie-, einer über dem Fußgelenke), und zwischen beiden ist der nach unten drückende Schlitten eingeschaltet.

Selbst eine Gewichtsmenge von 30—35 Pfund genügt zur Hebung der Verstellung nur dann, wenn die Extension möglichst bald, womöglich unmittelbar nach der Verletzung angelegt wird. Je längere Zeit vergeht, desto größer wird die elastische Retraktion der Muskulatur, desto schwieriger ist es, diesen Zustand zu überwinden. Hier genügen selbst weit größere Gewichte nicht mehr, um die in ihrer Retraktion starr gewordenen Muskeln zu dehnen, und erfahrungsgemäß gelingt es nicht mehr, Fälle, die erst mehrere Tage nach Eintritt des Bruches in Behandlung kommen, mittels Extension ohne Verkürzung zur Heilung zu bringen. Der Widerstand der Gewebe ist hier eben zu groß, um die Dislokation ausgleichen zu können. Daraus ergiebt sich, dass nur der gute Resultate von der Methode erwarten kann, der sie frühzeitig anwendet. Glücklicherweise ist das so zu sagen immer möglich; auch starker Bluterguss, selbst Blasenbildung der Haut hindern es nicht, die Extension gleich nach der Verletzung anzulegen.

Nur wer die Extension nach diesen Gesichtspunkten anwendet, wendet sie im Sinne Bardenheuer's an. Er wird mit Sicherheit den Schrägbruch der Tibia mit gleichzeitiger Fraktur des Wadenbeines ohne Verkürzung zur Heilung bringen. Durchschnittlich sind dazu 6—8 Wochen erforderlich. Ich habe wenigstens bei Anwendung der Extension nie den Eindruck des Herrn Dr. Kaefer gehabt, dass es bei diesem Bruche »nur schwer gelingt, die durch Muskelzug bedingte Verkürzung auszugleichen«.

---

1) **H. Marx.** Bakteriologische Mittheilungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

M. beschreibt ein einfaches Verfahren, um durch die Methode der »Anreicherung« ähnlich wie Jochmann bei den Tuberkelbacillen bei allen chirurgischen Fällen von Eiterung Bakterien nachzuweisen. Mehrere Kubikcentimeter des Eiters werden in ein mit

5%iger Glycerinbouillon gefülltes Erlenmeyer-Kölbchen gebracht, das man bei 39° etwa 12 Stunden im Brutschranke stehen lässt. Alle im Eiter vorhandenen Bakterien kommen dabei zu gleichmäßiger Vermehrung.

Weiterhin ist die Mittheilung des Verf. sehr interessant, dass es ihm gelungen ist, mit dem für Warmblüter nicht pathogenen Bac. prodigiosus bei Fröschen, also Kaltblütern, Infektionen zu erzielen und fernerhin mit den durch die Frösche hindurchgegangenen Kulturen Mäuse, welche gegen die ursprüngliche Kultur unempfindlich waren, zu inficiren.

Die dritte Mittheilung betrifft das farblose Wachsen der farbstoffbildenden Bakterien auf der weißen Mohrrübe. M. begründet dies mit dem stärkeren Säuregehalte der letzteren.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **H. Marx** und **F. Woithe.** Ein Verfahren zur Virulenzbestimmung der Bakterien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Verff. sind der Ansicht, dass die bisherige Methode der Giftigkeitsbestimmung pathogener Mikroorganismen mittels des Thierimpfversuches nicht einwandsfrei sei, da dieser gewisse Faktoren — wie Immunität gegen ihre Wirkung oder Disposition für dieselbe — niemals in ihrem Einflusse berechnen könne. Sie glauben nun wenigstens für sporenlose Arten, die nicht zu der Tuberkulosegruppe gehören, ein Mittel der Virulenzbestimmung gefunden zu haben, das eine völlige Sicherheit gewähre. Sie fanden nämlich, dass bei diesen genannten Mikroorganismen dem höchsten Stadium der Entfaltung gewisser Funktionen, wie der Farbstoffbildung, ein maximaler Gehalt von Babes-Ernst'sche (»metachromatische«) Körperchen führenden Individuen entsprach, und dass die Zahl dieser solche Gebilde besitzenden Zellen in ganz genauem Verhältnisse zu der Stärke jener Funktion stand, mit dem Aufhören derselben selbst zu Null ward. Weitere Erwägungen führten zu der Annahme, dass eben so wie die Farbstoffbildung auch die Virulenz der Bakterien eine Funktion ihrer höchsten vitalen Energie sei, und darum auch das Vorhandensein Babes-Ernst'scher Körperchen die sicherste Methode für die Virulenzbestimmung pathogener Mikroorganismen sein müsse. Dieses Verfahren emancipirt sich von der Berücksichtigung der Wirkung des Giftes und urtheilt nur nach den morphologischen Eigenschaften der Bakterienzelle, die in der innigsten Beziehung zur Ausbildung specifischer Fähigkeiten stehen. Auch geht die Meinung der Verff. dahin, dass, wenn die wirkliche Giftigkeit bestimmt werden soll, man die Bakterien mit den Körpersäften, in denen sie gefunden werden, zu untersuchen habe, da man aus dem sonst gehandhabten Verfahren — der Prüfung aus angelegten Kulturen — kein Urtheil über die ursprüngliche Virulenz bekomme.

Die Durchführung dieser Methode, ihr Verhältnis zu der bisher geübten Virulenzbestimmung, speciell auch der Pathogenität von Staphylo- und Streptokokken, die Technik des Verfahrens bilden einen weiteren Theil der Arbeit. Interessant sind auch die Erfahrungen, welche Verff. mit ihrem Verfahren in der chirurgischen Praxis gemacht haben, insonderheit bei der Untersuchung der von Eitererregern veranlassten Processe. Während die Verff. den Grad der Virulenz nach ihrer Methode bestimmen, sind sie natürlich der Ansicht, dass die Pathogenität von Bakterien für gewisse Thierspecies nur durch den Impfversuch einstweilen festzustellen ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

3) **W. Hunter.** Oral sepsis as a cause of disease.

(Brit. med. journ. 1900. Juli 28.)

Verf. hält den Mund für die häufigste Eingangspforte pyogener Infektionen. Die Frage kann aber nicht im Zusammenhange mit irgend einer bestimmten Erkrankung der Mundhöhle erörtert werden, da es eine große Anzahl pathologischer Veränderungen im Munde giebt, die zu weiteren Erkrankungen Anlass geben können. Es gehören dazu die verschiedenen Arten der Stomatitis, sodann auch manche Dinge, für welche man keine genaue Benennung anführen kann, welche indessen auf Rechnung einer allzu konservativen Zahnheilkunde zu setzen sind. Es kann vom Munde Anlass zu den verschiedenartigsten Erkrankungen gegeben werden, welche bald mehr lokaler Natur, wie Tonsillitis, Lymphadenitis, Mittelohreiterungen, Kieferabscesse, bald mehr allgemeinerer Natur sind, wie ulceröse Endokarditis, Empyem, Meningitis, Nephritis, Osteomyelitis und andere septische Zustände.

Bei solchen pathologischen Zuständen in der Mundhöhle legt H. Werth auf eine möglichst strikt durchgeführte Antisepsis des Mundes, welche nicht durch milde Adstringentien und Antiseptica, sondern durch die direkte Applikation von 5%iger Karbolsäure auf die afficirten Partien erzielt werden soll. Alle kranken, nutzlosen Zahnstümpfe sollen entfernt, künstliche Gebisse täglich durch Auskochen sterilisirt werden, und seitens der Zahnärzte soll Alles in der Mundhöhle vermieden werden, was nicht ordentlich sterilisirt werden kann.

Weiss (Düsseldorf).

---

4) **N. W. Jones.** The presence of virulent tubercle bacilli in the healthy persons.

(New York med. record 1900. August 25.)

J. fand, dass virulente Tuberkelbacillen hin und wieder in der Nasenhöhle gesunder Personen, welche ihrer gewöhnlichen Beschäftigung nachgehen, zu finden sind. Viel häufiger kamen sie aber bei Personen, welche mit Tuberkulösen zu thun haben, vor.

Loewenhardt (Breslau).

---

5) **E. Apert.** Notes sur une forme de tuberculose osseuse du vieillard.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. II. No. 7.)

Die Knochentuberkulose, an sich nicht häufig im Greisenalter, hat gewisse Eigenthümlichkeiten, die sie von der gleichen Krankheit der Jugend unterscheidet. Erstlich werden vorwiegend die distalen Knochen bezw. Gelenke betroffen, zweitens kommt es meist zur Bildung zahlreicher kleiner zwischen Knochen und Periost gelegener Herde ohne tiefere Usur des ersteren. 2 Krankengeschichten, die auch den schnell tödlichen Verlauf der Erkrankung darthun, sind beigefügt.

Christel (Metz).

---

6) **E. Reis.** Klinische Beobachtungen über Osteomyelitis der langen Röhrenknochen, besonders in Bezug auf die Epiphysenknorpelfuge und die begleitenden Gelenkaffektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Die fleißige Arbeit giebt einen Beitrag zur Kasuistik der Osteomyelitis und ihrer Folgen: Verf. beschäftigt sich besonders mit den Vorgängen an der Knorpelfuge und den Komplikationen seitens der Gelenke. Für die Epiphysenlinie fand er, dass sie einer Regeneration fähig ist, so fern die Zerstörung keine vollständige war. An Röntgogrammen konnte er diese Thatsache nachweisen bei Fällen, in denen sich bei der Operation die Vereiterung fast der ganzen Knorpelfuge gezeigt hatte. Im Übrigen wird die Epiphysenlinie nach ihrem Eingriffensein durch den osteomyelitischen Process meist durch knöcherne Massen ersetzt. Dasselbe tritt ein, wenn die Epiphysenlösung stattfindet bei Sitz des Osteomyelitis in der Diaphyse der Röhrenknochen. Des Weiteren finden noch eine eingehende Besprechung die eigenartigen Verhältnisse des Längenwachsthums bei der Erkrankung der Knorpelfuge und der Diaphyse. Abnormes Längenwachsthum findet sich bei Frakturen, Nekrosen und Osteitiden und unversehrter Knorpelfuge. Wird letztere von der Osteomyelitis mit einbezogen, so findet man im Gegentheile Verkürzungen. Die Mitbetheiligung der Gelenke kann stattfinden durch eine seröse Entzündung, eitrige Einschmelzung der Gewebe und durch chronische obliterirende Arthritis. Epiphysenlösungen, welche auf der Seite der Epiphyse sitzen, veranlassen keine späteren Wachsthumsstörungen; erst wenn bei Übergreifen auf die Diaphyse die der letzteren zunächst liegenden Schichten der Knorpelfuge ergriffen werden, sind solche zu erwarten.

Die Arbeit ist auf Grund des einschlägigen Materiales der v. Bergmann'schen Klinik entstanden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

7) **V. Schmieden.** Ein Beitrag zur Lehre von den Gelenkmäusen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Die Lehre von den Gelenkmäusen schien im Ganzen einheitlich gestaltet, in so fern man wohl meist Barth's Anschauung sich anschloss, der nur traumatische Entstehung gelten lässt neben der Arthritis deformans als zweiter Ursache. Indessen wusste König für seine ältere Theorie von der Osteochondritis dissecans neue Stützen zu bringen. Desshalb suchte Verf. auf Grund zahlreicher Fälle aus der v. Bergmann'schen Klinik und eigener Studien nochmals der Frage näher zu treten.

Bei der Entwicklung des klinischen Bildes, welches die Gelenkmäuse hervorbringen, kommt Verf. auf verschiedene Erkrankungen zu sprechen, von denen am häufigsten fibröse Zotten zur Verwechslung mit denselbeu führen, zumal auch hier meist eine traumatische Entstehung angegeben wird. Öfters handelt es sich hier um Tuberkulose. Interessant ist ein von S. erwähnter Fall von extra-artikulärer Gelenkmaus.

Eine Entstehung wirklicher Gelenkmäuse aus fibrösen Zotten ist nicht erwiesen. Bezüglich des Wachsthums der Gelenkmäuse ist bekanntlich Barth der Ansicht, dass dies davon abhängig sei, dass dieselben mit der Gelenkkapsel verwachsen und von dorther ernährt werden. S. theilt diese Ansicht nicht. Es ist nicht zu beweisen, dass alle derartigen Gebilde, welche Wachsthum zeigen, einmal gestielt gewesen sind. Niemals konnte Verf. auch nur Andeutungen von Gefäßen in ihnen finden, und ein weiteres begründendes Moment findet er darin, dass sehr bewegliche Körper nach Angaben intelligenter Pat. gewachsen sind. Abgesprengte Knorpelstücke wachsen kaum, nur Knorpel-Knochenstücke, welche lebendiges Markgewebe der Spongiosa mit sich führen, sind einer energischeren Größenzunahme fähig.

Aus der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung seiner Präparate schließt Verf., dass progressive und regressive Processe an den Gelenkmäusen zuerst neben einander herlaufen, dass die regressiven allmählich zum Stillstande kommen, während die progressiven andauern. Die abgesprengte Knorpelplatte bleibt als Kern, abgesehen von gewissen eben erwähnten regressiven Veränderungen, unverändert nach Größe und Gestalt bestehen. Eine knochenbildende Thätigkeit des Periosts und des Perichondriums der Gelenkmaus ist anzunehmen, besonders aber ist das Mark des spongiösen Theiles als Mutterboden der Neubildung an ihr anzusehen. Es findet dabei auch eine Metaplasie der verschiedenen Gewebe der Bindegewebsgruppen in einander statt. S. konnte keinen Fall finden, bei dem man Beweise für eine spontane dissecirende Gelenkentzündung annehmen durfte. Er theilt die Gelenkmäuse ein in solche, welche in einem von Arthritis deformans ergriffenen Gelenke ent-

stehen; sie enthalten mikroskopisch nicht die Theile der normalen Gelenkfläche. Ferner in solche, welche nicht durch Arthritis deformans entstanden sind und die die normalen Gelenktheile enthalten. Darum ist auch nur die mikroskopische Untersuchung als maßgebend anzusehen. Bei der ersten Gruppe ist meist von vorn herein die ganze Gelenkfläche rauh und uneben, die Exstirpation der Fremdkörper allein giebt keine guten Resultate; in schweren Fällen muss man zur Resektion schreiten.

Bezüglich der zweiten Gruppe glaubt S., dass selbst ein geringes Trauma zur Absprengung von Gelenktheilen führen kann. Zwischen Verletzung und Auftreten der ersten Symptome der Gelenkmausbildung können Jahre liegen. Wahrscheinlich deucht es Verf. weiterhin, dass durch das Trauma nur eine gewisse Schädigung des Knochen-Knorpelgewebes gesetzt wird, die im Laufe der Zeit zur Abstoßung eines freien Körpers führt. Bei einer Reihe von Fällen war kein Trauma aufzufinden. Da indessen die Präparate sich in gar nichts von den traumatischen Gelenkkörpern unterschieden, kann Verf. nur annehmen, dass die Verletzung vergessen wurde. Eine dissecirende Entzündung möchte er darum jedoch nicht annehmen.

Bemerkungen über die an der v. Bergmann'schen Klinik gehandhabte operative Methode der Entfernung der Gelenkmäuse beschließen die interessante Arbeit. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

8) **Th. Benda** (Berlin). Intermittirende Gelenkwassersucht. Monographische Studie.

Berlin, **Oscar Coblentz**, 1900. 60 S.

In der vorliegendem Arbeit stellt B. die bis jetzt bekannten Beobachtungen von periodisch auftretender Gelenkschwellung zusammen. Er fand im Ganzen 56 Fälle, worunter 2 eigene Beobachtungen inbegriffen sind.

Eine einheitliche Ätiologie hat diese Erkrankung nicht. Theilweise traten solche Gelenkstörungen im Anschlusse an Traumen auf, einige Male im Anschlusse an Gonorrhoe; weiter wurden Syphilis, Malaria, Gelenkrheumatismus, Osteomyelitis, Störungen des Nervensystems (Hysterie, Neurasthenie, Epilepsie, Morbus Basedowii, Paralyse, Hypochondrie, Trigeminusaffektion, psychisches Trauma) als ätiologische Momente in Betracht gezogen. In einem Theile der Fälle ist überhaupt keine Entstehungsursache nachweisbar gewesen. Die Erkrankung beginnt gewöhnlich plötzlich mit Anschwellung des Gelenkes. Es können mehrere Gelenke anschwellen, meist aber wird nur ein Gelenk befallen. In der Zusammenstellung des Verf. war das Kniegelenk am meisten afficirt. Einmal war ein Ellbogengelenk allein geschwollen und ein anderes Mal ein Fußgelenk. In 14 Fällen waren neben dem Knie auch noch andere Gelenke befallen.

Störungen des Allgemeinbefindens fehlen gewöhnlich. Was nun die Häufigkeit des Vorkommens der Anfälle betrifft, »so sind besonders der 11- und 13tägige Typus bevorzugt; dann folgt der 7- und 9tägige, so wie der 4wöchentliche, während die übrigen nur vereinzelt zur Beobachtung kommen. Die Extreme sind der 1tägige Typus — die Anfälle traten täglich zur gewohnten Stunde auf — und der mehrmonatliche.« Meist dauern die Anschwellungen 3 Tage lang an. Unter 2 oder über 8 Tage Dauer ist eine Ausnahme. Manchmal wurden gleichzeitig mit der Gelenkschwellung Hautanschwellungen beobachtet (Gesicht, Oberschenkel, Umgebung des betroffenen Gelenkes). Weiter trat manchmal periodisches Erbrechen, periodische Diarrhöe, Urticaria-Eruption auf.

Die Prognose bezüglich des Verschwindens dieses Leidens ist zweifelhaft zu stellen. Theilweise trat völlige Heilung ein ($^1/_3$ der Fälle); und zwar wurde die früheste Heilung nach 8 Tagen, die späteste nach 13 Jahren festgestellt. Die Erkrankung ist an und für sich harmlos. Schwere Komplikationen traten nie auf.

Verf. glaubt, dass »eine psychische Behandlung, namentlich wenn die chirurgische Behandlung fruchtlos gewesen, weitaus das Wichtigste ist«.

Im Übrigen wurden schon alle möglichen therapeutischen Maßnahmen, sowohl von Seiten der inneren Medicin wie Chirurgie in Anwendung gebracht, ohne dass irgend wie derselben ein Vorzug zuzusprechen wäre.

Verf. schließt die Arbeit, welche noch viele interessante Einzelheiten enthält, mit dem Satze: Der Hydrops intermittens genu ist ein Glied in der langen Kette jener räthselhaften Erscheinungen, die ihre Erklärung nicht finden können, ehe nicht das Räthsel der Periodicität beim Menschen überhaupt, sowohl auf physiologischem als auch auf pathologischem Gebiete, seine Lösung gefunden hat.

Ein Litteraturverzeichnis von 76 Nummern ist der Abhandlung angefügt.

Neck (Chemnitz).

---

9) **P. Tassigny.** Contribution à l'étude clinique des amyotrophies paralytiques de cause articulaire.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Verf. konnte feststellen, dass bei verschiedenartigen Gelenkerkrankungen, besonders nach akuten traumatischen, eine mehr oder weniger vollständige Lähmung und Atrophie der Muskulatur auftreten kann. Derartige Muskelstörungen scheinen nach ihrem klinischen Charakter rein funktioneller Natur zu sein. Die Lähmung kann eben so rasch auftreten, wie sie wieder verschwindet bei Anwendung geeigneter therapeutischer Maßnahmen. Wenn derartige Lähmungen vernachlässigt werden, besonders durch Immobilisation der Gelenke, verschlimmert sich der Zustand. Ein Theil der mehr oder weniger schweren Gelenkstörung (Schmerzen, wiederholte Er-

güsse) bestehen bisweilen noch lange Zeit fort und trotzen jeder direkten Behandlung. Dieselben sind von Muskelstörungen abhängig und verschwinden, wenn man solche Störungen in Angriff nimmt. Zur Vermeidung bezw. Beseitigung der Muskellähmungen und Atrophien sind methodische Übungen das Beste. Außer einem eigenen Falle theilt T. noch 6 anderwärts gemachte ähnliche Beobachtungen mit.

Neck (Chemnitz).

---

10) **Anna Schröders.** Chirurgische Operationen während der Gravidität.

(Inaug.-Diss. Zürich, 1900.)

Die interessante und über das gewöhnliche Niveau der Dissertationen herausragende Arbeit zerfällt in 2 Theile. Der 1. Theil behandelt die eigentlichen gynäkologischen Operationen während der Schwangerschaft, vor Allem die Myomotomie und die Behandlung der carcinomatösen Gebärmutter. Verf. giebt darin die hinreichend bekannten Statistiken der Gynäkologen über operative Eingriffe am schwangeren Uterus wieder.

Die früher allgemein gültige Ansicht, dass Operationen an schwangeren Frauen frühzeitig Abort herbeiführen, oder dass die Wundheilung eine schlechtere sei, ist jetzt verlassen. Immerhin bestehen noch Streitfragen genug, auf welche Weise der schwangere Uterus angegriffen werden soll. Es ist hier nicht der Ort, diese rein gynäkologischen Fragen zu erörtern. Der 2. Theil der Arbeit befasst sich mit rein chirurgischen Operationen und führt eine Reihe von solchen aus der Klinik von Krönlein auf.

Danach ist 5mal eine Strumektomie wegen Struma dyspnoica, und zwar 4mal im 10. Monate gemacht worden; 4mal mit gutem Erfolge ohne Störung der Schwangerschaft; eine Frau starb an Tetanie, welche sich 10 Tage nach der Operation einstellte. Dass lebensrettende Operationen ausgeführt werden müssen und können, ohne Einfluss auf die Schwangerschaft der Pat., wird ebenfalls an mehreren Krankengeschichten erwiesen. Interessant ist noch eine Pylorusresektion wegen Carcinom an einer im Beginne der Schwangerschaft stehenden 26jährigen Pat.; sodann eine Nephrektomie wegen cystischer Geschwulst der linken Niere, welche dem wachsenden Uterus Hindernisse in den Weg legte. Diese Frau erlitt 3 Wochen später einen Abort von 5 Monaten.

Verf. kommt auf Grund dieser 11 Fälle zu folgenden Schlüssen: Operationen während der Schwangerschaft sind geboten bei Indicatio vitalis; hierher gehören auch die Fälle von Erstickungsnoth bei Kropf, eingeklemmte Hernien; ferner zur Beseitigung gefährlicher Geburtshindernisse und bei allen Fällen, wo das Hinausschieben der Operation den Zustand der Mutter wesentlich verschlechtern würde, z. B. bei bösartigen Geschwülsten, welche erfahrungsgemäß während der Schwangerschaft ein stärkeres Wachsthum eingehen. Auch zur Erreichung einer günstigen Prognose für das Wochenbett, wie bei Ova-

rialcysten, Myomen, und endlich zur Beseitigung sehr lästiger Zustände der Mutter, ohne direkte Lebensgefahr, wie Schmerzen, Unbehagen etc [Diese letztere Indikation dürfte die am meisten umstrittene bleiben Ref.]

Tschmarke (Magdeburg).

11) **R. Gersuny.** Über eine subkutane Prothese.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXI. Hft. 9.)

Durch die subkutane Injektion von weißer Vaseline, einer Mischung von Paraffinum liquidum und P. solidum (Schmelzpunkt bei 40° C), welche durch Hitze sterilisirt und nicht mehr heiß in die Pravaz'sche Spritze eingezogen wird, lässt sich am Orte der Injektion eine rundliche, feste Geschwulst hervorrufen, welche unverändert liegen bleibt. Auf diese Weise ersetzte Verf. in einem Falle den operativ verursachten Defekt beider Hoden und vergrößerte in 2 Fällen von Uranoplastik die Uvula, wodurch er eine wesentliche Besserung der Sprache erzielte. Durch solche Dépôts fester Salbenmassen unter der Haut vermag man also subkutane Prothesen zu schaffen. Nach dem Vorschlage des Verf. kann man so vielleicht eingezogene Hautnarben heben, eingesunkene Wangen oder Sattelnasen verbessern, größere Wundhöhlen ausfüllen, Hirndefekte ersetzen, event. Gelenke nach der Resektion beweglich machen — ein mangelhaft angelegter Versuch wurde nicht durchgeführt —, Bruchpforten verschließen und Öffnungen, welche Inkontinenzen veranlassen, verengern. Durch vorherige Injektion einiger Tropfen einer 5%igen Cocainlösung lässt sich die Einverleibung der Salbe auch schmerzlos ausführen.

Buchbinder (Leipzig).

12) **Lancereaux** et **Paulesco.** Traitement des anévrismes par la gélatine en injections sous-cutanées.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris 1900. No. 28.)

Verff. begrenzen die Indikationen der Gelatinebehandlung bei Aneurysmen — die ja im Allgemeinen bekannt ist — dahin, dass nur sackförmige, durch enge Öffnung mit der Gefäßlichtung in Verbindung stehende Aneurysmen ihr unterworfen werden sollen. Bei spindelförmiger Gefäßerweiterung versagt die Methode. 4 neue eigene Beobachtungen mit zum Theil überraschendem Erfolge werden mitgetheilt, über einige andere wird referirt. Oft werden 25—30 Einspritzungen nöthig, und im Falle des Recidivs sind sie zu wiederholen.

Christel (Metz).

13) **E. Calot.** Les maladies qu'on soigne à Berck.

Paris, G. Masson, 1900. 443 S.

Vor Allem ist die sog. chirurgische Tuberkulose Gegenstand der Behandlung in Berck, sodann noch verschiedene andere Affektionen, wie die Haupterkrankungen des Skeletts: die Skoliosen, die Osteomyelitis, die Ankylosen, angeborene Hüftverrenkungen, die Klump-

und Plattfüße, ferner die Affektionen des lymphatischen Rachenringes, gewisse Ohr- und Augenleiden etc.

Bei Behandlung der Tuberkulose verfährt C. möglichst konservativ. Eine Radikaloperation ist nur dann indicirt, wenn man nach Lage der Dinge sicher sein kann, alles Krankhafte entfernen zu können; für die tieferen Skelett-Theile (z. B. Hüftgelenk und Wirbelsäule) wird sie sonach vollkommen verworfen. Auch bei Halslymphomen operirt C. nur dann, wenn bereits die Haut in erheblicher Weise verändert oder miterkrankt ist. Im Übrigen erzielt C. durch eine allgemeine roborirende Therapie (vor Allem durch das Seeklima in Berck) und lokal durch Ruhe, event. verbunden mit Extension des Gliedes, so wie Punktionen und Injektionen am Erkrankungsherde, gute Heilresultate. Ein geschlossener tuberkulöser Herd soll nie in einen offenen verwandelt werden. Für die Coxitis mit Schmerzen oder Deviation zieht C. den schon früher von ihm angegebenen großen Gipsverband der Extension im Allgemeinen vor. Bei Adduktionskontrakturen nach Coxitis empfiehlt er zunächst die subkutane Lösung der Ansätze der Adduktorensehnen mittels kräftigen, oft wiederholten Fingerdruckes. Bei Ankylosen in fehlerhafter Stellung übt C. das Redressement (!), in hartnäckigen Fällen eine Osteotomie des Schenkelhalses.

Von den übrigen Kapiteln des Buches beansprucht das den »Mal de Pott« behandelnde noch einiges Interesse. Wie wohl zu erwarten war, ist ihm ein breiter Raum gewidmet. Verf. schildert sein bekanntes Extensions- und Redressionsverfahren; doch ist er — nach Ansicht des Ref. — von seinem früher geübten gewaltsameren Vorgehen mehr und mehr abgekommen. Denn auch in schwereren Fällen, bei denen sich der Buckel nicht mehr in der von ihm beschriebenen Schwebe ausgleicht, beschränkt sich C. auf einen vorsichtig mit beiden Daumen 1—2 Minuten lang ausgeübten Druck und begnügt sich oft mit einer partiellen Korrektion des Buckels oder redressirt in mehreren Sitzungen. Die Narkose wendet er dabei nicht immer an. Die schon früher geübte Operation (Abhebelung des Periostes und Abtragung des vorspringenden Knochenbuckels) wird zur Erleichterung des Redressements und Vermeidung des Decubitus im Gipsverbande auch heute noch von ihm ausgeführt, und verspricht sich C. immer noch, dadurch eine besonders ausgiebige und feste Knochenneubildung am Erkrankungsherde zu bewirken.

A. Most (Breslau).

---

14) **Carle.** Recherches sur la veine basilique. Application à la ligature de l'axillaire.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. II. No. 3.)

Verf. hat an 44 Leichen die Verhältnisse der Ven. brach. und basil. studirt und konnte dabei die von Gegenbaur vertretene Ansicht bestätigen, dass die Vena basilica die hauptsächlichste venöse

Bahn, die V. brachialis von geringerer Bedeutung sei. Vor Allem lenkt er die Aufmerksamkeit auf eine Vene, die er in etwa der Hälfte der Fälle antraf: Aus dem die Art. brach. umspinnenden Geflechte tritt sie selbständig heraus, begleitet die Arterie bis nahe ans Schlüsselbein und senkt sich in die V. axillaris.

Für die Unterbindung der Art. axill. kommt sie zur Orientirung in Betracht. Sieht man sie als kleineres Gefäß neben der V. axill. durch die Aponeurose schimmern, so findet man hinter ihr, zwischen Nerv. medialis und ulnaris die Arterie. **Christel** (Metz).

---

15) **M. Borchardt.** Ganglienbildung in der Sehne des Musculus triceps brachii. Ein Beitrag zur Pathogenese der Ganglien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Zu den interessanten und werthvollen Beiträgen über die Lehre von den Ganglien, welche in den letzten Jahren die v. Bergmann'sche Klinik gegeben hat, fügt B. diesen neuen. Er ist geeignet, die Lehre vom Zusammenhange der Ganglien mit den Gelenken, die ja schon die letzten Arbeiten über diesen Gegenstand stark erschüttert haben, völlig zu beseitigen. Die cystische Geschwulst, die sich im vorliegenden Falle im Musculus triceps brachii, resp. in dessen Sehne vorfand, dokumentirte sich makroskopisch wie mikroskopisch als echtes Ganglion. Jedenfalls kann bei ihr gar kein Zweifel bestehen, dass sie nirgends mit einem Gelenke oder einer Sehnenscheide in Verbindung stand, ja sie kann dafür als geradezu klassischer Fall gelten, was um so wichtiger ist, als gerade derartige Beobachtungen nur in sehr spärlicher Zahl vorliegen.

Mikroskopisch erscheinen im Wesentlichen auf den beigegebenen Abbildungen von den Präparaten der Geschwulst degenerative Processe, die sich vornehmlich im Bindegewebe abspielen. Unter den Zellen treten einige ganz besonders hervor durch ihre Größe und ihren Charakter als Fremdkörperriesenzellen. Als Zeichen hydropischer Degeneration haben sich in ihnen Vakuolen gebildet, so dass der Zellleib einer Himbeere oder Honigwabe gleicht. Bezüglich der Ätiologie der Ganglien ist Verf. der Ansicht, dass die geringe lokale Widerstandsfähigkeit des Gewebes so wie dessen exponirte Lage für traumatische Schädigungen eine wesentliche Rolle spielen.

Ledderhose und zuletzt besonders Thorn haben den Gefäßveränderungen, endarteriitischen Processen, eine besondere Mitwirkung bei Entstehung der degenerativen Processe beigemessen, welche zur Ganglienbildung führen. Indessen ist B. der Anschauung, dass die Gefäßveränderungen, welche jene Autoren fanden, erst sekundär durch den Druck entstanden sind, welchen das Ganglion auf seine Nachbarschaft ausübt. An den eignen Präparaten konnte er jedenfalls keine wesentlichen krankhaften Processe an den Gefäßen finden, trotzdem das Ganglion weit im Muskel, resp. in der Sehne entfernt ward.

Wenn Ledderhose der Ansicht ist, dass der Degenerationsprocess, der zur Ganglienbildung führt, im Fettgewebe beginnt, kann sich B. dieser Meinung nicht anschließen. Dagegen konnte er sehen, dass das Fettgewebe ähnlich wie die Muskulatur dem Entartungsprocesse anheimfällt. Auch durch Degeneration des Periostes können seiner Annahme gemäß Gangliengebilde entstehen.

Wir dürfen uns also auch nach B.'s Ansichten auf den Standpunkt stellen, dass die meisten Ganglien paraartikulär sind, dass die arthrogenen überaus große Seltenheiten darstellen, und dass als tendogene resp. periostale Ganglien solche zu betrachten sind, welche jeweils durch Metamorphose der Sehnen oder der Knochenhaut entstanden sind.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

16) **C. Mariani.** Incisione circolare unica come cura radicale delle varici e delle piagho varicose agli arti inferiori.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 141.)

Die Methode Moreschi, die cirkuläre Durchtrennung der Unterschenkelhaut bis zur Fascie und die Unterbindung der Venen oberhalb der Knöchel, ist das einzige Verfahren in der Behandlung der Varicen und varikösen Geschwüre, welches Dauerresultate erzielt, und den Methoden von Trendelenburg, Madelung, Schwarz und Durante desshalb vorzuziehen. Indess hat M. trotz erfolgreicher Operation nach diesem Verfahren Monate andauernde Ödeme, verzögerte Wundheilung, Schmerzen in der Narbe und Druckschmerzen beim Gehen beobachtet. Zudem ist die Methode bei Geschwüren der Knöchelgegend unausführbar, und schließlich kam in einem Falle eine ausgedehnte Hautnekrose am Fuße vor. Verf. beschränkt sich desshalb auf einen cirkulären Schnitt oberhalb der Geschwüre, dessen größter Durchmesser möglichst in die Wadengegend verlegt wird. Dort, wo die meisten venösen Gefäße liegen, verzichtet man auf Prima intentio und sucht im Gegentheil durch Granulationsheilung den Verschluss der Gefäße noch zu verstärken. Dabei hat die Praxis gelehrt, dass der cirkuläre Schnitt, sofern nur alle Gefäße durchtrennt sind, den Schnitt oberhalb der Knöchel unnöthig macht. Nur in einem der 3 von M. operirten Fälle trat ein wenige Tage andauerndes Ödem auf. Die Operation kann unter Cocainanästhesie ausgeführt werden.

Dreyer (Köln).

---

17) **J. Finck.** Zur Klumpfußbehandlung.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 285. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1900.)

F. behandelt die Klumpfüße Neugeborener gleich nach der Geburt mit energischen Redressionen, nach denen er jedes Mal das gewonnene Resultat mittels eines dem von Hoffa angegebenen ähnlichen Flanellbindenverbandes fixirt; der tägliche Verbandwechsel wird mit Massage kombinirt. Später wird ein elastischer Verband (s. unten) und schließlich ein Dauerverband angelegt. Wo Redressement und Tenotomie überflüssig, wie bei leichterer Klumpfußform,

benutzt F. nur seinen elastischen Verband. War Redression und Tenotomie nothwendig gewesen, so entfernt F. den danach angelegten primären Gipsverband nach Aufhören der Reaktionserscheinungen, d. h. nach 6—14 Tagen und legt den elastischen Redressionsverband, der bis zu 20 Tagen liegen bleibt, und darauf, wenn erforderlich, einen Celluloiddauerverband an. Nach ca. 2 Monaten wird dieser abgenommen und $1^1/_2$ Jahr lang ein elastischer Redressionsapparat — Beckengurt, Oberschenkel- und halb Unterschenkelhülse nebst elastischem Verbande — ev. nur Nachts tragen gelassen; Tags über kommen Gymnastik und Massage in Anwendung. — Mit dieser Behandlung hat F. ausgezeichnete Erfolge erzielt, die vornehmlich dem Sicherung des durch das Redressement gewonnenen Resultates erstrebenden elastischen Verbande zuzuschreiben sind. Dieser letztere besteht aus folgenden Bestandtheilen: 1) einer Sohle (Aluminium oder Stahlblech) mit hohem, aufwärts stehendem Rande an der Innenseite, dessen vordere Partie leicht über das Dorsum pedis hinübergekrümmt ist; sie trägt 3 nach unten offene Häkchen, 2 äußere, in der Nähe des Metatarsusköpfchens V und vor dem äußeren Knöchel, und ein inneres vor dem inneren Malleolus; 2) einem Hilfsverbande, der entweder nur Oberschenkel und Knie oder das Bein bis zum halben Unterschenkel umfasst und aus einem durch Klebestoff (s. Recept im Original) fixirten Stücke Barchent oder aus Gips hergestellt wird; 3) einem an der äußeren Beinseite über dem Knie an diesem Hilfsverbande befestigten kräftigen Haken und 4) aus 3 diesen letzteren mit den 3 Sohlenhäkchen verbindenden, dem Richtungsverlaufe des M. peron. brevis und longus und Tibialis anticus entsprechenden Gummizügen. Dieser elastische Verband, der in kurzer Zeit eine Überkorrektur herbeiführt, wird später, wenn nöthig, durch einen Dauerverband aus Celluloid oder Gips, in den die Aluminiumsohle (ohne Züge) mit hineinbezogen wird, ersetzt; schließlich wird Pat. noch mit dem elastischen Redressionsapparate versehen.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

18) 68. Annual meeting of the British medical association. Ipswich 31. Juli bis 3. August.

(Brit. med. journ. 1900. Oktober 6. u. 20.)

A discussion on subdiaphragmatic abscess.

Rickman John Godlee giebt eine Übersicht der Ursachen des subphrenischen Abscesses so wie über die dabei in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse, welche eine Eintheilung der Abscesse in intra- und extraperitoneale bedingen. Erstere sind weitaus am häufigsten. Die Symptome sind meist dunkel, und Verwechslungen mit einem pleuritischen Exsudate sind sehr gewöhnlich. Die Differentialdiagnose hat zu berücksichtigen: 1) Die Bewegungen des Thorax auf der kranken Seite sind nicht behindert. 2) Die obere Grenze der Dämpfung ist nicht so scharf ausgesprochen wie bei Pleuritis. 3) Athemgeräusch ist unterhalb der Dämpfungsgrenze hörbar, und bei tiefer Inspiration verschiebt sich die Grenze,

an welcher Athemgeräusch und Stimmfremitus wahrgenommen werden können, um ein Beträchtliches. 4) Bei mageren Personen kann man bei Vorhandensein eines subphrenischen Abscesses den unteren Lungenrand auf- und absteigen sehen. Letzterem Symptome will G. eben so wie Bruce besonderen Werth beimessen. 5) An Stelle der Dämpfung kann bei Anwesenheit von Gas tympanitischer Perkussionsschall treten. Bei diesem sog. subdiaphragmatischen Pneumothorax sind die Bewegungen des Brustkorbes ebenfalls intakt.

W. Bruce Clarke, L. A. Bidwell, Mrs. Stanley Boyd, Irving Cameron, Ch. F. Cuthbert, K. S. Lennander, N. Smith geben theilweise recht interessante Beiträge zur Kasuistik, aus welchen hervorgeht, mit welchen Schwierigkeiten unter Umständen die Diagnose zu kämpfen hat.

E. B. Fuller legt Werth auf die bakteriologische Untersuchung als Hilfsmittel der Diagnose. Bei Zusammenhang des Abscesses mit einem Magen- oder Duodenalgeschwüre konnte er verschiedentlich das Bacterium coli commune nachweisen.

C. Chicken erwähnt einen Fall, in welchem eine sehr hochgradige Verdickung des Perikards die Anwesenheit eines subphrenischen Abscesses vortäuschte.

Leonard A. Bidwell: Pyloroplasty for cicatricial contraction of the pylorus and for gastric ulcer.

B. theilt 4 Fälle von Pylorusstenose mit, in welchen die Pyloroplastik ausgeführt wurde. Bei 3 handelte es sich um eine Narbenstriktur. Einer von diesen war 2 Jahre vorher mittels Gastroenterostomie behandelt worden, da sich eine anscheinend bösartige Geschwulst am Pylorus vorfand, deren radikale Entfernung nicht möglich erschien. Bei der erneuten Operation, welche wegen abermaliger Stenosenerscheinungen erforderlich wurde, fand sich, dass der Pylorus von einer harten Narbenmasse gebildet wurde. Im 4. Falle fand sich ein Geschwür in der Mitte der hinteren Magenwand. Der Pylorus war fest kontrahirt und für die Spitze des Zeigefingers undurchgängig. Irgend welches Narbengewebe fand sich daselbst nicht. Chemische Untersuchung des Magensaftes hatte Fehlen freier Salzsäure ergeben.

B. befürwortet warm die Pyloroplastik bei gutartigen Strikturen des Pylorus. Seiner Ansicht nach ist sie bei solchen Fällen der Gastroenterostomie sowohl wie der Loreta'schen Operation bei Weitem überlegen. Bei Beschränkung der Operation auf gutartige Pylorusstenose glaubt er, dass die von Mikulicz angegebene Sterblichkeitsziffer von 11% sich wird verringern lassen.

Diskussion: John Berg hält die Pyloroplastik fur eine zwar nicht sonderlich gefährliche, jedoch für eine in ihrem Erfolge unsichere Operation. In nicht weniger als 3 oder 4 Fällen von 7 oder 8 musste er späterhin noch eine Gastroenterostomie ausführen. Die Gründe für diese Unzulänglichkeit der Pyloroplastik sieht B. einerseits in der Vermehrung des Narbengewebes, welche die Folge der Operation ist, und dann darin, dass bei einer irgendwie beträchtlichen Magendilatation das Mageninnere durch die Erweiterung des Pförtners nicht genügend drainirt wird, namentlich wo schon eine Insufficienz der Muskulatur sich herausgebildet hat. B. hat aus den angeführten Gründen die Pyloroplastik gänzlich verlassen.

Kilner räth zu möglichst frühzeitiger Operation bei Pylorusstenose. Er hat einen Kranken, bei welchem die Pyloroplastik ausgeführt worden war, 8 Tage nach der Operation an Erschöpfung verloren. Bei der Sektion erwies sich der Pförtner für 3 Finger durchgängig. Die Operationswunde war verheilt.

Morse erwähnt einen Fall von Duodenalgeschwür, in welchem er dieses in den Bereich des Schnittes für die Pyloroplastik hineingezogen hat.

Bidwell betont, dass gerade bei der Gastroenterostomie eine nachträgliche Verengerung der angelegten Magen-Darmfistel häufig zu Stande komme. Der Forderung, möglichst frühzeitig zu operiren, stimmt er zu.

Frederick Charles Wallis: The cancer and treatment of non malignant stricture of the rectum.

Im Gegensatze zu der häufig vertretenen Ansicht, dass die meisten Strikturen des Mastdarmes auf syphilitischer Basis beruhen, glaubt W., dass in der großen Mehrzahl der Fälle eher eine septische Verschwärung des Mastdarmes als Ursache anzunehmen ist, wie solche von außen erfolgen, indem septisches Material in den Mastdarm eingeführt wird. Eine große Rolle spielt die postoperative Sepsis, die namentlich in früheren Zeiten nach Eingriffen am Mastdarme häufig zur Beobachtung gelangte. Des weiteren sind schwere Geburten vielfach als Ursache der Striktur anzusehen. Durch den Druck des im Becken eingekeilten Kopfes wird ein Theil der Mastdarmschleimhaut nekrotisch, und durch den Darminhalt kommt dann die Infektion zu Stande. W. theilt 2 Fälle mit, in welchen vorher eine Hämorrhoidenoperation ausgeführt worden war. Ein 3. Fall betraf einen polnischen Juden. Die Vorgeschichte ergab keinen bestimmten Anhaltspunkt für das Leiden. Zeichen von Tuberkulose oder Syphilis waren nicht nachweisbar; doch befand sich der Mann in einem Zustande außerordentlicher körperlicher Verwahrlosung, so dass W. geneigt ist, in der hochgradigen Unreinlichkeit die Quelle der Infektion zu suchen. Diese Kranken entzogen sich der weiteren Behandlung. Der 4. Fall betraf ein 18jähriges Mädchen, welches seit seinem 5. Lebensjahre an Ausfluss aus dem After litt. Sie kam zuerst im Alter von $16^1/_2$ Jahren wegen einer hochgradigen Mastdarmstriktur in Behandlung. Da verschiedene Behandlungsweisen resultatlos blieben, wurde die $5^1/_2$ cm lange strikturirte Mastdarmpartie exstirpirt und der gesunde Wundrand mit der äußeren Haut vernäht. Pat. wurde völlig geheilt. In einem weiteren Falle von schwerer Mastdarmstriktur, welche im Anschlusse an eine protrahirte Geburt entstanden war, wurde nach Anlegung eines Kunstafters eine analoge Operation ausgeführt, später der Kunstafter wieder geschlossen. Die Kranke wurde von ihren Beschwerden völlig befreit. Dieses kombinirte Verfahren wird warm empfohlen.

Für den septischen Charakter der Erkrankung macht W. noch geltend, dass sie häufig — wie auch in den 2 letzten Fällen — mit Gelenkentzündungen kombinirt ist.

Diskussion: Treves glaubt, dass die Mastdarmstrikturen öfters auf einem kongenitalen Defekt beruhten. Er hält das Verfahren von Wallis für einen Fortschritt, wenn er auch der Ansicht ist, dass die Excision der Striktur nicht in allen Fällen ausführbar ist.

Stanley Boyd führt die Strikturen des Mastdarmes in einer Anzahl von Fällen auf eine Proctitis zurück, welche durch Infektion von der Scheide aus zu Stande kommt.

Godlee räth, die Operation nicht in Steinschnittlage, sondern in Gesichtslage des Kranken auszuführen. Die Blutung sei leichter zu beherrschen, der Chok geringer.

H. Betham Robinson: A case of obstructive jaundice due to gummatous infiltration involving the head of the pancreas, duodenum and gastro-hepatic omentum, in which cholecystocolostomy was performed with complete cure.

Das Wichtigste ist in der Überschrift enthalten. Ein 33jähriger Mann erkrankte mit Schmerzanfällen in der Lebergegend so wie Ikterus. Die Schmerzen wurden im Verlaufe von 4 Monaten immer erheblicher, der Ikterus immer schwerer, so dass ein chirurgischer Eingriff erforderlich erschien. Bei der Operation fand sich eine Geschwulst, die die angegebenen Theile in sich umfasste. Um dem Kranken die Unzuträglichkeiten einer Gallenfistel zu ersparen, wollte R. eine Cholecystenterostomie anlegen. Der Versuch, die Gallenblase mit dem Duodenum zu vernähen, scheiterte aber an der Ausdehnung der Geschwulst. Es blieb nichts Anderes übrig als die Anlage einer Fistel zwischen dem Fundus der Gallenblase und der Flexura hepatica des Colon. Nach der Operation schwanden die bedrohlichen Symptome. Versuchsweise wurde Jodkali gegeben, da die Anamnese eine

alte Lues ergab. Das Allgemeinbefinden besserte sich daraufhin bedeutend. Nach einem Jahre war nichts mehr von der Geschwulst zu fühlen.

A discussion on the methods at present available for the treatment of simple (subcutaneous) fractures.

Bennet hat unter den englischen Chirurgen eine Rundfrage Betreffs Frakturenbehandlung gehalten, über deren theilweise sehr interessante Ergebnisse er Bericht erstattet. Auf Grund derselben und seiner eigenen reichen Erfahrung gelangt B. zu folgenden Schlüssen:

1) Die gegenwärtige Frakturenbehandlung bewegt sich mehr innerhalb traditioneller als rationeller Bahnen.

2) Die langdauernde Anwendung von fixirenden Verbänden, namentlich der nicht abnehmbaren Gipsverbände, hat Nachtheile im Gefolge.

3) Die operative Behandlung ist nur in beschränktem Maße gerechtfertigt. Sie beschränkt sich a. auf Fälle, die in keiner anderen Weise zu behandeln sind, b. specielle Ausnahmefälle, wie z. B. gewisse Spiral- und Schrägfrakturen, namentlich der Tibia, c. auf gewisse Frakturen in der Nähe von Gelenken bei Erwachsenen, besonders am unteren Humerusende.

4) Die operative Behandlung der frischen Kniescheibenbrüche ist keineswegs so befriedigend und so gefahrlos, wie das nach den vorliegenden Berichten den Anschein hat. In Fällen, bei welchen die Diastase der Fragmente $^1/_2$—$^3/_4$ nicht überschreitet, lassen sich auch ohne Operation gute Resultate erzielen, wenn auch die Heilungsdauer eine längere ist.

5) Die sofortige Anwendung der Massage und passiver Bewegungen, wenn die Umstände es gestatten, ist am ehesten geeignet, eine schnelle Heilung herbeizuführen, sei es, dass die Behandlung auf die angegebenen Maßnahmen beschränkt bleibt oder in sonstiger Weise modificirt wird.

6) In der letzten Zeit macht sich das Bestreben bemerkbar, den Grad der Schädigung und der Verminderung der Erwerbsfähigkeit zu übertreiben.

7) Ein mäßiger Grad der Verschiebung der Fragmente, vorausgesetzt, dass dieselbe nicht im Sinne der Rotation erfolgt, bringt keinen weiteren Nachtheil, wenn durch frühzeitige Bewegungen dafür gesorgt wird, dass eine Versteifung der umliegenden Partien (Muskeln, Gelenke) nicht eintritt.

8) Die Frakturenbehandlung ist so sehr von äußeren Verhältnissen abhängig, dass kein allgemein gültiges Schema aufgestellt werden kann.

Diskussion: Charles Bell Keetley glaubt, dass die Ausführungen Bennet's geeignet seien, zur Hintansetzung der genauen Adaption der Fragmente zu verleiten. Gerade bei exakter Reposition sei die Heilungsdauer so abgekürzt, dass mit der Vornahme sowohl aktiver wie passiver Bewegungen recht bald begonnen werden könne. Leider hätten die Verletzten wegen der in Aussicht stehenden Entschädigung vielfach nicht den Wunsch, möglichst frühzeitig geheilt zu werden. Bei sehr starker Dislokation der Fragmente bei Brüchen der Diaphysen räth K., die Bruchenden zu vernageln. Die Naht mittels Drahtes zieht er bei Brüchen, welche die Gelenke betreffen, in Anwendung.

Robert Jones hält die frühzeitige Anwendung von Massage für überflüssig und auch für gefährlich, da sehr leicht eine erneute Fraktur zu Stande kommt. Er hat eine große Anzahl von Messungen bei Oberschenkelbrüchen ausgeführt und gefunden, dass bei fast allen Fällen, die bei der Entlassung aus dem Krankenhause völlig geheilt erschienen, nach einiger Zeit eine beträchtliche Verkürzung zu Stande gekommen war. Das veranlasst ihn, die ambulatorische Frakturbehandlung sehr skeptisch zu betrachten. Operative Behandlung hält er nur in den allerseltensten Fällen für indicirt.

Frederic Eve stimmt mit Bennet bezüglich der operativen Behandlung bei Knochenbrüchen überein. Die Behandlung der Kniescheibenbrüche mittels Operation hält er für ideal, vorausgesetzt, dass die äußeren Verhältnisse für die Operation günstig liegen und der Operateur seiner Asepsis sicher ist. Passive Bewegungen sind dabei frühzeitig vorzunehmen, damit sich keine Verwachsungen

des oberen Kniescheibenfragmentes mit der Vorderfläche des Femur bilden können. Wie Bennet sieht E. die Anwendung des Drahtes derjenigen der Schrauben vor, da letztere leicht ausbrechen.

Jonathan Hutchinson hat die Olecranon- und Patellarfrakturen in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen operativ behandelt. Die Ansicht, dass die Steifheit des Gelenkes auf Verwachsung der Kniescheibe mit dem Oberschenkel beruhe, hält er nicht für erwiesen. Desshalb hält er frühzeitige passive Bewegungen oder laterale Verschiebungen der Kniescheibe nach dem Vorschlage Bennet's nicht für angebracht. Er empfiehlt volle Ruhe für wenige Wochen, bis die Konsolidation genügend fest ist, um mit aktiven Bewegungen beginnen zu können. Durch Massage und Elektricität könne die Atrophie des Quadriceps doch nicht verhindert werden. Auch bei den Frakturen des unteren Humerusendes im Kindesalter hält H. von frühzeitiger Anwendung der Massage und passiven Bewegungen nicht viel, eben so wie bei den Frakturen des Humerushalses im späteren Lebensalter.

F. F. Burghard hält die Naht der gebrochenen Kniescheibe in allen Fällen für indicirt, in denen der Zustand des Verletzten die Operation gestattet. Bei der Nachbehandlung lässt er sämmtliche fixirenden Verbände bei Seite. Die Leute sollen dabei früher auf die Beine kommen; nach 3 Wochen könnten sie wieder anfangen zu gehen. Bei Frakturen der langen Röhrenknochen hält B. die Operation für indicirt, wenn die Reposition oder die Retention der Fragmente sich als unmöglich erweist; das sei jedoch nur selten der Fall. Er schiebt auch ein gutes Theil der nach Frakturen zurückbleibenden Störungen auf Verklebungen der Weichtheile mit dem Callus. Durch Trennung der Verwachsungen hat er öfters diese Störungen beseitigt. Auch er näht die Frakturenden lieber, als dass er sie verschraubt. Die Schraube verliert bald ihre fixirende Kraft.

Bennet betont, dass er nicht seine eigenen Anschauungen, sondern einen Überblick über den jetzigen Stand der Frakturenbehandlung habe vorführen wollen. Der Massagebehandlung stehe er absolut nicht enthusiastisch gegenüber, aber er glaube, dass die Methode doch einen guten Kern enthalte, so dass sie verdiene, mehr in Anwendung zu kommen, als das bisher der Fall sei.

S. H. Burton: On the best method of removing large stones from the bladder: with remarks of a case.

B. entfernte bei einem 35jährigen Manne einen Stein von ca. 300 g Gewicht mittels Sectio alta. Anfänglich war der Verlauf ein guter, nach $3^1/_2$ Monaten aber trat eine eitrige Pyelitis auf, welcher der Kranke innerhalb weniger Tage erlag. Im Anschlusse an diesen Fall tritt B. für die Sectio alta ein als das schonendste und sicherste Verfahren zur Entfernung großer Steine. Was den Werth der Operation entscheidet, ist nicht die Gefahr, welche sie bietet, sondern der Zustand der Nieren. B. beleuchtet die übrigen Verfahren der Steinoperation. Die Litholapaxie hat sich Bürgerrecht erworben. Sie ist anwendbar bei Steinen bis zu 60 g Gewicht und auch bei Kindern ausführbar. Bei der perinealen Lithotripsie unterscheidet B. 3 Modifikationen: 1) Die Pars membranacea der Harnröhre wird eröffnet, ein großer Lithotriptor eingeführt, der Stein zertrümmert; die Trümmer werden mittels des Evakuator und des Aspirator entfernt. Es ist dabei möglich, einen größeren Lithotriptor einzuführen als durch das Orificium externum urethrae.

2) Nach Ausführung der Sectio mediana wird der Stein in einzelne Stücke zerbrochen, dieselben werden dann ausgespült.

3) Die Blase wird mittels Sectio lateralis eröffnet. Der Stein wird zerbrochen, die einzelnen Stücke mittels Zange extrahirt.

B. will nur für die 1. Modifikation die Bezeichnung perineale Lithotripsie gelten lassen. Für kleinere Steine hält er sie entbehrlich, für größere schreibt er der Operation nur in der Hand des Specialisten Werth zu. Im Allgemeinen ist für den Chirurgen die Sectio alta empfehlenswerther als das schonendere Verfahren. Dasselbe gilt auch im Vergleiche mit den beiden anderen Methoden, welche leicht die Blase schädigen. Zudem glaubt B. nicht, dass man in Anbetracht der außerordentlichen Härte der in England zur Beobachtung gelangenden Steine

mit den Verfahren 'auskommen werde. In Indien würden letztere bevorzugt. Es müsse da einen Unterschied in der Textur der Steine geben.

P. T. Freyer: On fifty three operations for stone in bladder of two ounces and upwaids.

F. hat nahezu an 1000 Steinoperationen ausgeführt, davon 127 in England, den Rest in Indien. Er hat sämmtliche übrigen Methoden der Steinbehandlung in der Blase fast völlig zu Gunsten der Litholapaxie verlassen.

Unter seinen letzten 400 Operationen waren nur 13 Lithotomien, nämlich 4 hohe, 8 perineale und 1 vaginale. 53 seiner Operationen betrafen Steine von über 60 g Gewicht. 4mal wurde dabei die Sectio alta, 13mal Sectio lateralis, 1mal Lithotomia vaginalis und 35mal die Litholapaxie ausgeführt. Einer der wesentlichsten Punkte zur Ausführung der Litholapaxie ist ein gutes Instrumentarium. F. empfiehlt die Instrumente von Weiss and Son, London, deren Abbildung beigefügt ist.

Bezüglich der Indikationsstellung bemerkt F.: 1) Anwesenheit von Strikturen der Harnröhre ist bei kleineren Steinen keine Kontraindikation gegen die Ausführung der Litholapaxie. Die Harnröhre wird gedehnt. Bei größeren Steinen ist unter solchen Umständen die Lithotomie erforderlich. 2) Ähnlich liegen die Verhältnisse bei Prostatahypertrophie. Nur eine hochgradige Verlagerung der Harnröhre macht die Sectio alta erforderlich. 3) In manchen Fällen gelingt es nicht, die Blase so zu füllen, dass der Lithotriptor den Stein angreifen kann. Die Entfernung der von der Blasenwand umschlossenen Steine kann nur durch Lithotomie erfolgen. Schließlich bespricht F. noch einige technische Einzelheiten, die bei der Litholapaxie großer Steine in Frage kommen.

Diskussion: Cadge kann den Schlüssen, welche sich aus den Erfolgen der Specialisten auf diesem Gebiete ergeben, keine allgemeine Geltung zuerkennen. Für den Chirurgen, welchem diese Fälle nur gelegentlich zu Gesichte kommen, hält er die Sectio alta für das gewiesenste Operationsverfahren, schon aus dem Grunde, weil es das einfachste ist. Er wendet sich insbesondere gegen die perineale Lithotripsie. Einerseits ist ihm das Verfahren zu gefährlich wegen der drohenden Schädigung der Blasenwand, und dann glaubt er, dass dasselbe bei großen, harten Steinen nicht ausreicht. In England sind 80% der Steine harte Uratsteine, während Milton unter 200 in Indien beobachteten Steinen nur 1 solchen vorfand. Im Allgemeinen sollen die Steine in Indien viel leichter zu zertrümmern sein wie diejenigen in England. C. glaubt auch, dass der Orientale gegenüber den in Betracht kommenden Manipulationen toleranter sei wie der Engländer.

Harrison tritt warm für die perineale Lithotripsie ein. In seinen Augen ist sie ein schnelles, sicheres und schonendes Verfahren. Er hat dasselbe in 20 Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt. Der Hauptgrund, der ihn dabei geleitet hat, ist der, dass die Anwesenheit von Narbengewebe in der Blase verhütet wird. Er hat verschiedentlich Inkrustationen der Narbe nach Sectio alta zu beobachten Gelegenheit gehabt. Bei Kindern kommt das Ereignis selten vor, während bei Erwachsenen sich manchmal eine derbe kallöse Narbe bildet, welche den Ausgangspunkt für die Inkrustationen abgiebt. Diese Narben kommen bei Sectio lateralis viel seltener, bei Sectio mediana gar nicht vor. H. behauptet, dass bei Sectio alta die meisten Recidive zur Beobachtung gelangten. Der Grund sei eben in der fehlerhaften Narbenbildung zu suchen.

Keegan hält die perineale Lithotripsie für das schonendere und bedeutend weniger gefährliche Verfahren. Er bringt statistisches Material aus Indien, welches die großen Gefahren der Sectio alta darthun soll.

Chicken hat durch Dilatation der weiblichen Harnröhre einen Stein von 2 Zoll Länge und $1^3/_4$ Zoll Durchmesser entfernt.

Chester Nances hält die Mortalitätsziffer 61:147, welche Keegan 'für die Sectio alta giebt, für übertrieben. — In seinen Augen bietet die Sectio alta den sichersten Weg, vorausgesetzt, dass während der Operation die Asepsis strikt gehandhabt und die Blase mit antiseptischen Spülungen nachbehandelt werde.

Freyer behauptet, die Sterblichkeitsziffer sei bei der Sectio alta ungefähr 4mal so hoch wie bei der perinealen Lithotomie oder der Litholapaxie. Für den Werth der letzteren führt er den Erfolg seiner letzten 127 in London ausgeführten Operationen an. Derselbe entspräche seinen in Indien gemachten Erfahrungen.

Stanley Boyd: On oophorectomie in cancer of the breast.

B. giebt eine Zusammenstellung der Resultate der Kastration bei Mammacarcinom. Das Verfahren wurde im Jahre 1896 von Beatson empfohlen in der Hoffnung, eine fettige Degeneration der Geschwulst zu erzielen. Von 41 Fällen sind die genaueren Daten gegeben; außerdem kennt B. noch den Verlauf von 13 weiteren Fällen. Von diesen 54 Fällen schaltet B. 8 aus, weil die Angaben zu unklar sind. Von den übrig bleibenden 46 Fällen will er bei 17 der Operation eine günstige Wirkung zuschreiben. Bei 34 war eine solche nicht vorhanden, oder sie war zweifelhaft. 13 Fälle hat B. selbst behandelt, und er verhehlt nicht, dass er das ganze Verfahren verlassen hätte, wenn nicht sein 1. Fall, bei welchem allerdings eine günstige Wirkung vorhanden zu sein scheint — die Frau ist 43 Monate nach der Kastration, trotzdem ein Recidiv nur unvollkommen entfernt worden war, anscheinend völlig gesund — ihm immer noch Hoffnung Betreffs der Anwendbarkeit des Verfahrens machte. Bei einem weiteren Falle glaubt er, dass das Leben durch die Kastration um ca. 1 Jahr verlängert worden ist. Bei einer 3. Kranken mit einem Recidive in der Achselhöhle schwand dasselbe anscheinend völlig. Nach ein paar Monaten erschien der Krebsknoten indess wieder von Neuem. Bei sämmtlichen anderen 10 Fällen ist ein Misserfolg zu verzeichnen.

Bei denjenigen Fällen, bei welchen die Kastration von Werth gewesen zu sein scheint, nimmt B. an, dass das Leben durchschnittlich um 6 Monate verlängert worden ist. Irgend welche Schlüsse zu ziehen, ist zur Zeit noch nicht angängig. Da nicht alle Carcinome der Mamma auf die Operation reagirten, sieht sich B. zu der Annahme gedrängt, dass manche Ovarien durch eine pathologische Änderung ihrer Funktion das Wachsthum der Brustkrebse begünstigen.

Ernest Herman: Four cases of recurrent mammary carcinoma treated by oophorectomy and thyroid extract.

Zwei der Fälle sind schon früher berichtet (Lancet 1898 Juni 11. und 1899 April 22). H. giebt 2 weitere Krankengeschichten. Er hat wegen recidivirenden Mammacarcinoms die Ovarien entfernt und sodann andauernd Thyreoidextrakt verabfolgt. Beide Male trat Besserung ein. Die Recidivknoten schwanden theilweise gänzlich, theilweise gingen sie bedeutend zurück. Das Allgemeinbefinden hob sich beide Male in hervorragendem Maße.

H. betont gegenüber Boyd, dass gerade die Kombination von Kastration und Behandlung mit Thyreoidextrakt von Werth zu sein scheine. Welche Rolle die einzelnen Faktoren spielen, sei fürs erste noch nicht zu entscheiden.

John Berg: The surgical treatment of exstrophy of the bladder.

B. hat 18 Fälle von Blasenektopie in Behandlung gehabt. Er hat im Allgemeinen das Princip Trendelenburg's, den Symphysenspalt zu verkleinern, auch bei seinem Vorgehen angenommen, hat indessen die Synchondroseotomie durch eine Osteotomie der Beckenschaufel ersetzt. Im Ganzen hat B. 14 Osteotomien an 8 Kranken ausgeführt (Trendelenburg hat laut Mittheilung auf dem letzten Chirurgenkongresse ebenfalls bei seinem letzten Kranken osteotomirt. Ref.). Um die Beckenknochen in der korrigirten Lage zu erhalten, hat B. bei seinen letzten 5 Pat. einen Elfenbeinkeil zwischen den dicksten Knochenpartien eingeschaltet. Die Operationswunden sind dabei ohne irgend welche üblen Zwischenfälle geheilt. Immerhin blieb auch bei diesem Verfahren ein Spalt von 1—2 cm zurück. 2 der Operirten sind gestorben, der eine am 3., der andere am 12. Tage nach der Operation, beide an einer Pyelonephritis.

Der Erfolg hängt indessen nach B.'s Ansicht nicht allein von der Breite der Diastase, sondern auch noch von anderen Umständen ab. Zunächst ist der Zustand der Blasenschleimhaut zu berücksichtigen. Eine verdickte, papillomatöse, durch einen chronischen Katarrh stark zerstörte Schleimhaut bietet einerseits sehr

mangelhafte Heilungsbedingungen für die Naht der Blase, andererseits birgt ein solcher eine große Gefahr in Hinsicht auf eine akute ascendirende Entzündung der Harnwege.

In einzelnen Fällen will B. von der direkten Vereinigung absehen und sich auf eine Plastik beschränken. B. bildet einen Lappen aus der Leistengegend mit der Basis unten innen nahe der Wand der ektopischen Blase. Derselbe wird nach dem Oberschenkel zu umgeklappt und daselbst mittels einiger Nähte fixirt. Auf seine wunde Oberfläche wird sodann nach Thiersch transplantirt. Wenn die Transplantationen angeheilt sind, wird die Blase angefrischt und der Lappen so vernäht, dass die transplantirte Fläche mit der Schleimhaut und die Hautfläche mit der Bauchhaut in Berührung kommt. Gefahr der Inkrustation soll bei dieser Lappenbildung nicht vorhanden sein.

J. Hutchinson jun.: On the substitution of subastragalar for Smyly's amputation.

H. redet der Exarticulatio sub talo das Wort in solchen Fällen, wo der Zustand der Fußsohle erlaubt, einen zur Bedeckung genügend großen Lappen zu bilden. Als Vorzüge der Methode vor der Smyly'schen Amputation rühmt H.: 1) Der Stumpf ist ca. 2 Zoll länger. 2) Die Stützfläche ist breit. 3) Die Beweglichkeit des Talo-cruralgelenkes bleibt erhalten — für den Gang ein großer Vortheil. 4) Die Weichtheillage über dem Stumpfe ist viel dicker. 5) Die arterielle Versorgung des Lappens ist besser. 6) Eine Prothese ist leichter anzubringen. Als beste Schnittführung empfiehlt er die von Farabeuf. Der Schnitt beginnt am Köpfchen des 5. Metatarsus, läuft nach hinten bis zur lateralen Seite der Achillessehne, dann nach oben entlang der letzteren. Einen Finger breit unterhalb des Malleolus externus biegt der Schnitt nach vorn um, verläuft quer über den Fußrücken bis zum Os naviculare, geht dann in die Fußsohle über und endet, leicht konvex nach vorn verlaufend, am Metatarsus V. Die besten Resultate werden erzielt, wenn das Köpfchen des Talus erhalten bleibt. H. räth, die Nerven in der Fußsohle nach Möglichkeit zu entfernen und die dorsalen Sehnen gegen das fibröse Gewebe der Fußsohle zu heften. Er hat die Operation 6mal ausgeführt und ist mit dem Resultate immer sehr zufrieden gewesen.

Nach Spencer verdient die Operation häufiger ausgeführt zu werden.

Joseph Griffiths: Observation upon injuries to the internal lateral ligament and to the internal semilunar cartilage of knee-joint.

G. liefert eine Studie über die bei den in Rede stehenden Verletzungen in Betracht kommenden anatomischen und physiologischen Verhältnisse. Diagnostisch sind werthvoll bei Ruptur des Lig. laterale internum der Druckschmerz an der Rissstelle und die seitliche Beweglichkeit des Gelenkes. Die letztere kann allerdings häufig wegen des bestehenden starken Ergusses nicht zur Beurtheilung herangezogen werden, da bei einer erheblichen Dehnung der Gelenkkapsel immer eine seitliche Beweglichkeit vorhanden ist. Andererseits ist dieselbe auch noch nach Resorption des Ergusses nachweisbar, da das Band einer langen Zeit zu seiner völligen Regeneration bedarf. Durch die zurückbleibende Schwäche an der Rissstelle bleibt das Kniegelenk wiederholten Schädigungen ausgesetzt, welche die Heilung hintanhalten. Um das Gelenk gegen sie zu schützen, lässt G. seine Kranken einen Apparat tragen, der im Wesentlichen aus 2 über die Kante gebogenen Stahlbügeln besteht. Von einem in der Kniekehle liegenden Scharniergelenke, in welchem die Bügel sich vereinigen, verlaufen dieselben zur medialen bezw. lateralen Seite des Ober- und Unterschenkels und endigen beiderseits in einer biegsamen Pelotte, welche eine genaue Adaption an die Kontouren des Gliedes gewährleistet. Vorn wird der Apparat mittels Schnallen befestigt.

Den medialen Meniscus betreffend, hält G. zu einer Dislokation desselben Zweierlei für nothwendig: 1) Die Zerreißung des Lig. suspensorium, welches den Knorpel mit der Gelenkkapsel verbindet, und der Befestigungen an der Tibia. 2) Eine Überdehnung oder Zerreißung des Lig. laterale internum.

Der Knorpel wird lateralwärts in das Innere des Kniegelenkes verlagert und ist dann meist als umschriebene Schwellung vorn zu fühlen. Behufs Reposition räth G., den Unterschenkel nach außen zu biegen. Es wird dadurch der Raum zwischen Condylus medialis und Tibia zum Klaffen gebracht, und vermöge seiner Elasticität kann der Knorpel wieder seine normale Lage einnehmen. Um Recidive zu verhüten, lässt G. auch hier den angegebenen Apparat tragen.

F. F. Burghard. Three cases in which the superior cervical ganglion of the sympathetic was removed, with remarks upon the operation.

Die Veranlassung zu den Operationen gab einmal ein doppelseitiges Glaukom, einmal eine mit dem Cervicalganglion fest verwachsene Krebsmetastase, einmal ein Neurofibrom des Sympathicus. Im 1. Falle wurde das obere Halsganglion des Sympathicus beiderseitig entfernt. Der Erfolg war negativ. 10 Minuten nach der Operation war der intraokulare Druck normal, nach 2 Stunden war indessen abermals eine Steigerung desselben zu verzeichnen. Es trat eine lebhafte Kongestion nach dem Kopfe zu ein, so wie außerordentlich lebhafte Kopfschmerzen, welche erst nach Wochen wieder an Intensität abnahmen und dann in gleicher Stärke wie vor der Operation bestanden.

Die Folgen der Operation waren in allen 3 Fällen: Ptosis des oberen Augenlides, schwere Kopfschmerzen auf der operirten Seite und eine Kongestion nach den Gefäßen des Gesichts. Im 2. Falle will der Kranke einen geringen Exophthalmus nach der Operation bemerkt haben. Derselbe Pat. klagte vor der Operation über tiefsitzende Schmerzen im Halse, so wie Schmerzen im Bereiche des N. musculo-cutaneus. B. glaubt das darauf zurückführen zu müssen, dass das obere Cervicalganglion Verbindungsfasern zum 4. Cervicalnerven entsendet. Von letzterem geht dann wiederum eine Verbindung zum äußeren Strange des Plexus brachialis ab.

Im Falle 2 und 3 kam noch eine erhebliche andauernde Kontraktion der Pupille zu Stande.

B. hat bei der Operation die Gefäßscheide nicht eröffnet, wie Jonnesco das empfiehlt. Der Vagus kommt auf diese Art gar nicht zu Gesicht.

Diskussion: Burghard betont, dass die Frage, welche Rolle der Operation bei der Behandlung des Morbus Basedowii und der Epilepsie zukomme, noch nicht spruchreif sei.

K. G. Lennander. Plastic operation for incontinentia ani.

L. hat 3mal wegen Incontinentia ani eine plastische Operation ausgeführt.

Die Operation umfasst folgende Punkte:

1) Es wird ein Schnitt über den untersten Theil des Kreuzbeines und das Steißbein geführt. Vom untersten Theile des letzteren geht der Schnitt hufeisenförmig um die Fossa ischio-rectalis herum.

2) Der hintere Theil der Mm. levatores ani und der vordere Theil des M. coccygeus werden freigelegt.

3) Die Mm. levatores ani werden völlig vom Steißbeine und dem M. coccygeus getrennt. Dabei darf man nicht zu nahe an die Beckenwand gehen, um die Innervation des M. levator ani zu schonen. Die Nervenfasern kommen aus dem Plexus sacralis, laufen entlang der Beckenwand und über die Oberfläche des Muskels, dicht medianwärts des Muskelansatzes am Arcus tendineus.

4) Die Öffnung, welche dadurch im Diaphragma pelvis entsteht, wird ausgefüllt durch den medialen Theil der Mm. glutaei maximi. Zu dem Zwecke sind die in Betracht kommenden Muskelpartien zunächst vom Lig. sacro-tuberosum, dem Steiß- und dem Kreuzbeine zu isoliren.

5) Der Theil der Mm. levatores ani, welcher vom Steißbeine und dem M. coccygeus seinen Ursprung nimmt, wird nach vorn verlagert und so am Mastdarme fixirt, dass derselbe von beiden Seiten komprimirt wird.

6) Die lospräparirten Partien der Mm. glut. max. werden in der Mittellinie vernäht nach vorn mit dem Levator ani und der Haut um den After, nach hinten an das Periost an den seitlichen Partien des Steißbeines.

Beim 1. Falle wurde eine völlige Kontinenz erzielt, beim 2. eine nahezu vollständige und beim 3. eine relative. Dünnen Stuhl konnte der Kranke nicht halten. Allerdings lagen hier die Verhältnisse in so fern ungünstig, als der Mastdarm vom After aus einen starken Bogen nach hinten beschrieb. In solchen Fällen hält L. es für das Beste, den Mastdarm so weit nach vorn zu bringen, als es irgend möglich ist, um möglichst viel Platz für die Transplantation der Glutäalmuskulatur zu gewinnen, und event. das Steißbein zu reseciren, um den Raum zu erweitern.

W. Bruce Clarke. Prostatectomy in two stages.

C. führt Behufs Entfernung der Prostata zunächst den hohen Blasenschnitt aus und vergewissert sich dabei über den Zustand der Drüse durch Abtastung und Beleuchtung des Blaseninnern. Sodann sorgt er für eine freie Drainage der Blase und wartet ab, bis der Kranke sich erholt hat. Wenn das Allgemeinbefinden sich gehoben hat, wird ein Katheter in die Harnröhre eingeführt und die Prostata von einem lateralen Steinschnitte aus freigelegt. Durch den in die hohe Steinschnittöffnung eingeführten Finger wird die Prostata in die untere Wunde hineingedrängt und dann im Ganzen oder stückweise exstirpirt. Die Eröffnung der Harnröhre ist nicht unbedingt erforderlich, erleichtert indessen die Ausführung der Operation sehr und verhindert die Zerreißung derselben beim Herausschälen des Prostatagewebes. Das Verfahren hat C. 5mal durchgeführt, alle mal mit sehr gutem Erfolge. Bei einem 6. Falle wurde von der 2. Operation wegen hochgradiger Schwäche des Kranken — es handelte sich um einen 72jährigen Mann — Abstand genommen. Einmal fand sich ein Stein in der Blase. Nach Entfernung desselben erwies sich die 2 Operation als nicht mehr erforderlich.

A. M. Phelps. The open operation for talipes (equino-varus).

P. hat im Ganzen 1650 Fälle von Klumpfuß operativ behandelt. Unter den ersten 538 Fällen sind 17 Osteotomien verzeichnet, unter den letzten 1200 Fällen dagegen keine. Indessen war 4mal die Amputation nach Pirogoff erforderlich. Nicht einmal tödlicher Ausgang. P. betont, dass, wenn die mit der Deformität behafteten Kinder sofort nach der Geburt in Behandlung kämen, kaum in 10% der Fälle eine operative Behandlung erforderlich sei. Er operirt, wenn 4 Monate nach der Geburt verstrichen sind und dann der Fuß nicht innerhalb kurzer Zeit redressirt werden kann. Die Behandlung folgt dann folgendem Schema: 1) Redressirende Manipulationen, 2) Tenotomie der Achillessehne, 3) offene Incision, 4) lineare Osteotomie durch den Hals des Talus, 5) Keilresektion aus dem Körper des Calcaneus, 6) Amputation nach Pirogoff. Daraus ergiebt sich, dass P. eine Osteotomie niemals primär ausführt, sondern immer erst nach erfolgter Durchschneidung der Weichtheile.

Er beginnt mit der Tenotomie der Achillessehne und durchtrennt dann alle Theile, welche dem Redressement Widerstand entgegensetzen, bis es möglich ist, den Fuß in eine überkorrigirte Stellung zu bringen. Wenn die Haut der Fußsohle lang genug ist, genügt eine subkutane Durchtrennung der Gewebe.

Die offene Incision beginnt dicht vor dem Malleolus medialis und wird fortgeführt bis zur medialen Seite des Talus. Je nach Bedarf werden durchtrennt: a. Sehne des M. tibialis posticus, b. M. abductor pollicis, c. Fascia plantaris, d. M. flexor brevis, e. Flexor longus, f. Lig. deltoides, g. Peroneus longus, h. Lig. posticum.

Ist auf diese Weise noch keine völlige Korrektion der Stellung zu erzielen, dann sind die erwähnten Osteotomien angezeigt.

Diskussion: Jackson Clarke ist mit den Erfolgen der Phelps'schen und ähnlicher Operationen nicht zufrieden. Er hält es für das Beste, das Wachsthum des Fußes nach Möglichkeit in richtige Bahnen zu lenken, und möglichst wenig zu operiren.

A. H. Furby verwirft die Phelps'sche Operation. Er ist der Ansicht, dass, wenn die Maxime Anklang finden würde, dann zu operiren, wenn im Alter von 4 Monaten keine rasche Korrektion der Stellung zu erreichen sei, viel Unheil durch kritikloses Operiren würde angerichtet werden.

Noble Smith stimmt mit dem Grundsatze, die Weichtheile offen zu incidiren bei denjenigen Fällen, welche der Behandlung durch manuelles Redressement, orthopädische Apparate und Tenotomie Widerstand leisteten, vollkommen überein. Nur sieht er diese Fälle für außerordentlich selten an. Ihm ist kein Fall vorgekommen, bei welchem die Phelps'sche Operation erforderlich gewesen wäre. Er hat indessen häufiger die Resultate der Operation gesehen. Dieselben haben ihn durchaus nicht befriedigt: Abgesehen davon, dass ihm verschiedentlich Recidive zu Gesicht gekommen sind, war der Gang kein guter, da die Elasticität des Fußes gelitten hatte.

Chisholm Williams hat ebenfalls keine Fälle gesehen, bei welchen die Operation nach Phelps erforderlich gewesen wäre. Er hält dieselbe nur bei außerordentlich schweren Fällen für angezeigt, und dabei ist das Resultat ein wenig zufriedenstellendes. Die entstehende Narbe ist immer eine Quelle der Gefahr und führt häufiger zu Recidiven.

Phelps hat nicht beobachtet, dass die Elasticität des Fußes durch die Operation in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Befürchtung, dass die Sehnen sich nicht wieder vereinigten, ist seiner Ansicht nach unbegründet, vorausgesetzt, dass keine Infektion zu Stande kommt. Die Ansicht, dass die Narbe sich retrahiren werde, hält er nicht für richtig, dieselbe werde sich eher unter dem Drucke des Körpergewichtes dehnen. Die Misserfolge will er auf Rechnung einer nicht ausreichenden Nachbehandlung setzen. Im Übrigen ist auch für ihn die Operation nur in 10% der Fälle angezeigt, die übrigen 90% heilen unter der gewöhnlichen mechanischen Behandlung. **Weiss** (Düsseldorf).

---

19) **C. Chardin.** Über die Verwendung der Cellulose an chirurgischen Instrumenten.

(Ärztliche Polytechnik 1900. August.)

An elektrolytischen Nadeln, Urethrotomen, Tracheotomiekanülen u. A. hat C. durch Ersatz von Hartgummi durch Cellulose, ferner durch einen direkten Überzug des Hartgummis oder des Metalles selbst durch Cellulose haltbarere, daher vortheilhaftere und wohlfeilere Instrumente herstellen können, welche die Beachtung der Ärzte verdienen. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

20) **Fiorani.** Contributo al metodo di cura delle piaghe estese con esinesti cutanei di pollo.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 144.)

Nach dem erfolgreichen Vorgehen Donato de Francesco's mit der Überpflanzung von Hühnerhaut übertrug F. das Verfahren auf eine Frau, die am Fußrücken durch ein gangränöses Erysipel einen großen Substanzverlust erlitten hatte. Nachdem ein Theil mit kleinen Läppchen aus Kinderhaut gedeckt war, war ein weiteres Material menschlicher Haut zum Ersatze nicht aufzutreiben. Von den seitlichen Thoraxpartien eines jungen Hahnes wurden unter antiseptischen Maßnahmen 14 die Cutis mitfassende Lappen von der Größe eines Quadratcentimeters entnommen. Dieselben heilten mit Ausnahme von 3 Lappen sämmtlich ein. Die neue Haut wurde glatt, nicht sehr dick und gewann alle Charaktere menschlicher Haut. **Dreyer** (Köln).

21) **Gérard-Marchant.** Sur un cas d'anevrisme de l'artère sous-clavière droite et du tronc innominé, guérie par la méthode de Brasdor. Le Dentu, Rapporteur.

(Bull. de l'acad. de méd. 1900. No. 30.)

Ein bereits mit Gelatineinjektionen erfolglos behandeltes Aneurysma der Art. anonyma heilte G.-M. durch einseitige Unterbindung der Art. axill. und Carot. dextr. communis. Die vom Berichterstattter Le Dentu angeschlossene historische Besprechung der einschlägigen Fälle und Methoden verleiht der Mittheilung allgemeineres Interesse. **Christel** (Metz).

22) W. E. Schroeder. The value of pedicled flaps in injuries of the hand.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Oktober.)

S. beschreibt unter Beifügung von guten Photogrammen 4 Fälle von schweren Substanzverlusten an der Beugefläche der Hand und Finger, bei welchen er mit gestielten Hautlappen sehr gute Resultate erzielte. Er entnahm diese Hautlappen regelmäßig der seitlichen Gesäßgegend. Besonders bemerkenswerth ist der erste Fall, bei welchem es sich um eine hochgradige Narbenkontraktur sämmtlicher Finger in Folge Verbrennung der Palma manus handelte. Nach Excision des Narbengewebes ließen sich die Kontrakturen nahezu vollständig ausgleichen. Der vom Handgelenke bis zu den Endphalangen reichende Defekt wurde in der Weise gedeckt, dass die Handfläche unter einem nach beiden Seiten hin gestielten Brückenlappen durchgesteckt wurde, während durch den anstoßenden zweiten Lappen die Finger bedeckt und zu einzelnen Knopflöchern wieder herausgeführt wurden. Ein gefensterter Gipsverband fixirte die Hand in ihrer Stellung. Die Trennung der einzelnen Hautbrücken erfolgte nach einander vom 8.—30. Tage. Das Resultat war ein recht befriedigendes. **R. v. Hippel** (Dresden).

23) Péreire et Mally. De la résection du nerf médian à l'avant-bras.

(Revue de chir. 1900. November.)

Veranlassung zu der Operation gab bei der 23jährigen Pat. ein seit deren 7. Lebensjahre langsam gewachsenes und heftige Schmerzanfälle hervorrufendes diffuses Lipom des N. medianus, dessen Erhaltung unmöglich war. Obwohl die Naht des Nerven wegen der Größe des an ihm entstandenen Ausfalles von 8 cm und eben so eine plastische Operation an ihm unterblieb, ist das funktionelle Resultat der Resektion ein sehr günstiges geworden. **Kramer** (Glogau).

24) Körte. Ein Fall von Aneurysma der Arteria iliaca externa mit Berstung und konsekutiver Unterbindung der Arteria iliaca communis und Aorta.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 45.)

Bei einem 28jährigen Manne bildete sich ein Aneurysma der Iliaca externa. Nach Unterbindung der Iliaca communis hört die Pulsation im Aneurysma auf. Die Ernährung des Beines blieb ungestört. Da sich aber die Geschwulst nicht verkleinerte, die Beschwerden blieben, so wurde nach 37 Tagen die Eröffnung des Sackes vorgenommen. Zum Schlusse heftige Blutung, die die Unterbindung der Aorta nöthig machte. Tod eine Stunde nach der Operation.

Wegen der Einzelheiten des Falles und der Epikrise muss auf die sehr interessante Mittheilung selbst verwiesen werden. **Borchard** (Posen).

25) G. Nové Josserand. Rélation de l'autopsie d'une luxation de la hanche opérée suivant la méthode de Lorenz.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1900. November.)

Bei der $3^1/_2$jährigen Pat. wurde die Einrichtung des verrenkten Schenkelkopfes ohne vorherige Extension nur durch Mobilisirung des Kopfes mittels Abduktionsbewegungen und forcirte Abduktion erreicht. Die Diagnose ist durch Skiagramm, Palpationsbefund und Gang gesichert, die Verkürzung betrug nur $^1/_2$ cm. Völlige funktionelle Heilung. Tod $^5/_4$ Jahr nach der Operation.

Bei der Sektion zeigte sich Folgendes:

Die Adduktoren und kleinen Rollmuskeln der kranken Seite waren etwas weniger entwickelt als auf der gesunden. Der Adductor medius (brevis?) zeigte eine leichte Narbe, der Adductor magnus war in seinem oberen Theile in ein sehniges Band verwandelt. Das operirte Gelenk unterschied sich von außen nur durch stärkeres Hervorspringen des Schenkelkopfes nach vorn. Abduktionsbewegung war ausgiebiger, Rotation nach innen geringer als auf der gesunden Seite auszuführen.

Die Verstärkungsbänder der Kapsel sind schwächer, besonders an der Innenseite. Der Kopf ist deutlich größer (1—2 mm) und etwas unregelmäßiger geformt, die Fovea capitis nur angedeutet, das Ligamentum rotundum fehlt. Die Pfanne ist 4 mm flacher, wovon 3 mm auf den knöchernen Theil kommen. Der Limbus cartilagineus ist nur hinten und oben entwickelt, wenn auch nur 1 mm geringer als auf der gesunden Seite. Sonst bestehen keine Unterschiede.

F. Göppert (Kattowitz).

26) **C. H. Fagge.** On some cases of tuberculous bursitis.

(Guy's hospital reports Vol. LIV. London, **J. & A. Churchill,** 1900.)

5 Fälle von tuberkulöser Bursitis der Bursa trochanterica und 2 der unter dem Sartorius am Kniegelenke gelegenen Bursa werden in Krankengeschichten wiedergegeben. Im Übrigen nimmt den größten Theil der Arbeit eine Besprechung der Differentialdiagnose der Erkrankung des erstgenannten Schleimbeutels gegenüber der tuberkulösen Coxitis ein. **R. v. Hippel** (Dresden).

27) **O. Loos.** Ein geschwulstartiger Varix im Gebiete der Vena saphena.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII,3. p. 654.)

Verf. beschreibt einen Fall von geschwulstartigem, etwa faustgroßem Varix im Gebiete der Vena saphena (Kniekehle), der bei einer 53jährigen Frau exstirpirt worden war, und weist unter Bezugnahme auf analoge Fälle der Litteratur auf die diagnostischen Schwierigkeiten hin, welche derartige enorme Varixbildungen bieten können. **Honsell** (Tübingen).

28) **F. Tilmann.** Zur Frage der Blutergelenke.

(Deutsche Ärztezeitung 1900. No. 19.)

Aus der chirurgischen Klinik in Greifswald berichtet Verf. über einen der so seltenen Autopsiebefunde eines Blutergelenkes. Das klinische Bild sprach für Gelenkslipom. Der Eingriff, welchem der Kranke nach 3 Wochen an den unstillbaren Blutungen erlag, förderte 36 weiche Gelenkkörper zu Tage. Die mikroskopische Untersuchung erwies letztere als das Ergebnis einer serofibrinösen Entzündung der Synovialis und nicht, wie es näher lag anzunehmen, als organisirte Blutgerinnsel.

Ein Bluterknie könne also nicht nur mit Tuberkulose, sondern auch mit Gelenkslipom große Ähnlichkeit haben. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

29) **Potel.** Étude sur le genu recurvatum consécutif à la coxalgie et sur le déplacement cunéen de la rotule.

(Presse méd. 1899. No. 73.)

Ein 15jähriger junger Mann war an Coxitis erkrankt, lange Zeit mit fixirenden Verbänden behandelt, hatte dann einen Abscess bekommen und war schließlich mit einer Verkürzung von 9 cm geheilt. Niemals fühlte er seitdem die geringsten Beschwerden; nur bildete sich allmählich ein Genu recurvatum aus. Jetzt ist das Bein 13 cm kürzer als das gesunde und erheblich schwächer, der große Trochanter steht 4 cm oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie, die Bewegungen im Hüftgelenke sind beschränkt; erhebt man das Bein, so bildet das Knie einen nach vorn offenen Winkel von etwa 135°. Interessant ist nun, dass die Kniescheibe beim Beugen des Beines in das Gelenk selbst gleitet. Ein beigefügtes Röntgenbild zeigt diese merkwürdige Verschiebung deutlich.

Als Ursache der durchaus nicht seltenen Bildung eines Genu recurvatum bei Coxitis giebt Verf. Folgendes an: Die Stellung des Gliedes, die ungleiche Atrophie der vorderen und hinteren Muskeln; die Verkürzung des Beines zwingt ferner die Ferse zu heben, und so erhält das Knie die Neigung, sich nach hinten auszubiegen, besonders, wenn dabei das Bein im Hüftgelenke in gerader Stellung fixirt ist. Verf. erläutert den Mechanismus des Zustandekommens durch einige

schematische Zeichnungen. Was den zweiten Punkt dieses interessanten Falles betrifft, so hat Verf. nur eine ähnliche Beobachtung in der Litteratur finden können, von Lannelongue. Die Entstehung dieser Deformität, die keilförmige Einschiebung der Kniescheibe in das Kniegelenk bei gebeugtem Knie, führt Verf. auf die Verkürzung des Lig. patellae und auf eine gewisse Atonie des Quadriceps zurück. **Tschmarke** (Magdeburg).

30) **N. Senn.** Restitution of the continuity of the tibia by transplantation of the patella into an extensive osteomyelitic defect.

(Philadelphia medical journ. 1900. Oktober 27.)

Im Verlaufe einer Osteomyelitis des Unterschenkels bei einem 11jährigen Knaben musste Verf. im Jahre 1893 den ganzen Schaft (Diaphyse) der Tibia entfernen, eben so das vereiterte Kniegelenk breit drainiren. Nachdem im Laufe des Jahres 1895 2mal vergeblich versucht war, den Tibiadefekt durch die Tibia junger Kaninchen zu ersetzen, wurde beschlossen, die Kniescheibe des in der Zwischenzeit ankylosirten Kniegelenks zur Wiedererlangung der Knochenkontinuität zu verwerthen. Es wurde daher 1896 die Kniescheibe mit ihren Bändern und der überliegenden Haut hufeisenförmig mit Stielbildung nach unten so umschnitten, dass nach erfolgter Drehung der obere Rand der Patella mit dem unteren Theile des Schienbeinrestes in Berührung stand. Diese Partie heilte knöchern zusammen, während zwischen oberem Schienbeinfragmente und unterem Patellarrande die knöcherne Vereinigung ausblieb, da die Patella zur Deckung des ganzen Defektes zu kurz gewesen war. Desshalb wurde einige Monate später die Kniescheibe durch einen Längsschnitt frei gelegt, quer gespalten, ihre obere Hälfte mobilisirt und mit dem oberen Ende der Tibia vereinigt. Die knöcherne Vereinigung gelang hier, doch bildete sich jetzt zwischen den beiden Patellartheilen eine Pseudarthrose. 1898 wurde auch diese nach Excision der fibrösen Vereinigung und Anfrischung der Wundflächen durch Silberdrahtnaht endgültig beseitigt.

Das Bein steht jetzt in guter Stellung, in einiger Zeit wird Pat. ohne Stock zu gehen im Stande sein. Eine Röntgenphotographie zeigt die gelungene knöcherne Vereinigung zwischen Kniescheibe und Schienbeinresten, photographische Abbildungen den Gang der einzelnen Operationen und das Endresultat.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

31) **Montini.** Contributo alla cura della lesioni trofiche metodo Chipault.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 129.)

Chipault's im Jahre 1897 in der »Médecine moderne« mitgetheilte Methode der Nervendehnung bei trophischen Hauterkrankungen, namentlich bei den trophoneurotischen Geschwüren der Zehen, ist vom Verf. in einem interessanten Falle eines persistirenden Ödems angewandt worden. Dieses Ödem begann bei einer 18jährigen, sonst ganz gesunden Bäuerin am rechten Mittelfinger, griff alsdann auf alle übrigen Finger mit Ausnahme des Daumens, auf die Hand, den Vorderarm und schließlich den ganzen Arm bis zur Schulter über. Pat. war arbeitsunfähig, und es bestanden starke, zuweilen lancinirende Schmerzen im Gebiete des Ödems. Umschläge mit warmem Wasser, warme Schwefelbäder, regelmäßige Massage, Elektricität, Jod- Eisen- und Arsenpräparate halfen nicht. Die Haut blieb abnorm gespannt und verdünnt. Auch Scarifikationen mit zahlreichen und langen Einschnitten entleerten zwar eine Menge seröser, farbloser Flüssigkeit, konnten aber nach Vernarbung der Wunden den Wiederbeginn der Schwellung nicht verhindern. Nach zweijährigen vergeblichen Heilungsversuchen wurde nunmehr mit einem 12 cm langen Schnitte der Medianus im Sulcus bicipitalis isolirt und manuell so wie mit einer Pincette gedehnt. 25 Tage nach der Operation blieb der Arm wie abgestorben. Dann kehrten Sensibilität und Motilität unter Massage und elektrischer Behandlung zurück. Zu gleicher Zeit begann das Ödem zu schwinden und war nach 3 Monaten vollkommen beseitigt. Nach 8 Monaten erfolgte ein leichtes Recidiv, das durch Massage unschwer geheilt wurde. Chipault beobachtete in seinen

Fällen kein unmittelbares, aber ein progressives Verschwinden der trophischen Symptome nach der Dehnung und definitive Heilung zuweilen nach Überwindung eines leichten Recidivs. **Dreyer** (Köln).

32) **G. Tusini.** Über die Aktinomykose des Fußes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2.)

Die Arbeit schildert die Beobachtung einer Aktinomykose des Fußes bei einer 34jährigen Pat. Die Krankheit wird auf eine Verletzung mit einem inficirten Instrument zurückgeführt, trotzdem das Trauma und das Auftreten der charakteristischen Erscheinungen 14 Jahre aus einander liegen. T. betont die Ähnlichkeit seines Falles mit den Beschreibungen des sog. Madurafußes und hält an der Zugehörigkeit zu dieser Krankheitsform fest, nachdem er auch die weitere differentielle Diagnose mit Tuberkulose und Syphilis besprochen hat. Den Haupttheil der interessanten Arbeit und Studie bilden neben dem klinischen Befunde die von dem Verf. vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen und kulturellen Experimente bezüglich der Eigenart seines Falles. Auf eine genauere Bestimmung und eine Specifikation seines Mikroorganismus lässt sich T. indessen nicht ein, meint aber, dass sein Pilz zu der sog. fleischrothen Aktinomycesart von Gasperini gehört. Die Therapie konnte bei dem geschilderten Falle nur eine chirurgische sein, und zwar eine radikale, in Amputation des Unterschenkels bestehende. Danach trat völlige Heilung ein. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

33) **O. Laurent.** Une nouvelle opération pour pied creux adulte; ablation du scaphoide et résection du cuboïde.

(Bull. de l'acad. Roy. de méd. de Belg. 1900. No. 7.)

In einem Falle von hochgradigem beiderseitigen angeborenen Hohlfuß, wo Pat. auf den Spitzen der Metatarsi ging, und wo schon verschiedene Operationen, Tenotomien, Fasciendurchtrennungen etc. ohne Erfolg gemacht worden waren, erzielte L. ein vortreffliches Resultat durch Resektion des Os naviculare und cuboïdes. Ersteres resecirte er von einem inneren, letzteres von einem äußeren Längsschnitte aus. Nach der Heilung waren die Füße um nur 1 cm verkürzt. Die Heilung erfolgte bei der 26 Jahre alten Dame unter knöcherner Verwachsung der restirenden Fußwurzelknochen in der Operationsstelle. 3 Abbildungen im Original.

C. Fischer (Straßburg i/E.).

34) **Ch. Féré.** Lipome symétrique familial de l'arcade plantaire.

(Revue de chir. 1900. No. 8.)

Die mitgetheilten Fälle von symmetrischen Lipomen in der Gegend des Fußgewölbes betrafen Damen, die nahe verwandt mit einander waren; zwei waren Schwestern, die dritte deren Kousine. **Kramer** (Glogau).

35) **Goris.** Deux cas de fracture spontanée de l'apophyse styloide.

(Ann. de la Soc. belg. de méd. 1900. Juli.)

Von obigen beiden Fällen ereignete sich der eine während eines heftigen Schluckaktes, der andere während eines heftigen Hustenstoßes. Man fühlte oberhalb und etwas vor der Mandel einen spitzigen Körper unter der Schleimhaut, die Spitze nach innen und oben gerichtet. Der Kranke empfindet an dieser Stelle heftigen Schmerz. G. spaltete die Schleimhaut und präparirte das kleine Fragment aus seinen Verbindungen heraus. Heilung in einigen Tagen.

C. Fischer (Straßburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 9. Februar. 1901.

Inhalt: I. **C. Lauenstein,** Zur Beurtheilung der inneren Weichtheilverletzungen des Kniegelenkes und der Quelle der Blutung bei Haemarthros genu. — II. **Popper,** Ein neues Verfahren zur Behandlung der Kniescheibenbrüche. — III. **C. Bruns,** Über Behandlung und Verhütung arthrogener Kontrakturen im Kniegelenke. (Orig.-Mittheilungen.)

1) **König,** Über Äthylchloridnarkose. — 2) **Tuffier,** 3) **Golebski,** Cocainisirung des Rückenmarkes. — 4) **Lüning** und **Schulthess,** Orthopädische Chirurgie. — 5) **Hand,** Lumbalpunktion. — 6) **Codivilla,** Kraniotomie. — 7) **Rybalkin,** Epilepsie. — 8) **Lexer,** Operation des Ganglion Gasseri. — 9) **Steward,** Nasentuberkulose. — 10) **Dejardin** und **Gulikers,** Speichelfistel. — 11) **Ménard,** Spondylitis. — 12) **Port,** 13) **Vulpius,** 14) **Schanz,** Skoliose. — 15) **Hahn,** Struma maligna. — 16) **Hertoghe,** Myxödem. — 17) **Donati,** Stenosenbehandlung.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 19) **Xolzow,** Kraniotomie. — 20) **Ebstein,** Tonsillitis chronica. — 21) **Taddei,** Mandelgeschwulst. — 22) **Stephens,** Fraktur des Kehlkopfes. — 23) **Dwight,** Gestaltveränderung der Aorta bei Pott'schem Buckel. — 24) **Adolphi,** Brustkorbveränderung bei Halsrippen. — 25) **v. Bókay,** 26) **Cary** und **Lyon,** Echinococcus der Pleura.

I.

Zur Beurtheilung der inneren Weichtheilverletzungen des Kniegelenkes und der Quelle der Blutung bei Haemarthros genu.

Von

Dr. **C. Lauenstein,**

Oberarzt des Hafenkrankenhauses zu Hamburg.

In der Behandlung der traumatischen Blutergüsse des Kniegelenkes werden verschiedene Wege eingeschlagen. Der Eine huldigt dem exspektativen Verfahren, unterstützt durch Kompression, Massage, »Bewegungstherapie«, ambulante Behandlung, in letzterer Beziehung von der Theorie ausgehend, dass die Bewegung der Glieder den Blutumlauf und die Resorption befördert. Der Andere empfiehlt mit Esmarch Anfangs »Ruhe, hohe Lage, Eis« — im Allgemeinen zweifellos vorzügliche Grundsätze —, um erst später zu den vor-

genannten Heilfaktoren überzugehen. Der Dritte wiederum hält es für zweckmäßig, das Gelenk möglichst bald durch Punktion, event. Ausspülung von seinem Blutergusse zu befreien und zunächst ruhig zu stellen.

Die Verschiedenheit des therapeutischen Vorgehens wird sicherlich mit dadurch beeinflusst, dass es trotz genauer Berücksichtigung des Verletzungsmechanismus schwierig, ja vielfach unmöglich ist, die Art der vorliegenden Verletzung, insbesondere Lage, Richtung und Ausdehnung zu beurtheilen. Dem äußeren Knie sieht man oft nichts an als den prallen Bluterguss. Besteht gleichzeitig eine Patellarfraktur, so hat man allerdings gute Anhaltspunkte für die nebenher gehende Kapselzerreißung. Auch die Aufhebung der Festigkeit des Gelenkes lässt sichere Rückschlüsse auf bestimmte Bänderzerreißungen zu. Aber sonst hat man auf Grund der einfachen äußeren Untersuchung allein meist kein Urtheil über die Beschaffenheit des Kapselrisses. Nur so viel darf man im Allgemeinen sagen, dass unter der Einwirkung schwerer stumpfer, von außen auf das Kniegelenk wirkender Gewalten seine Kapsel viel leichter beschädigt wird, als die äußere Haut.

Die Hospitalerfahrung hat uns nun schon seit langer Zeit dahin geführt, den von uns behandelten Verletzten, die als Seeleute und Hafenarbeiter darauf angewiesen sind, ihre Arbeit möglichst bald wieder aufzunehmen, den Bluterguss so rasch wie möglich — natürlich unter den allerstrengsten Vorkehrungen der Asepsis — zu entleeren, um dann das Gelenk durch einen festen Verband für mehrere Wochen ruhig zu stellen. Erst wenn der Kapselriss vermuthlich zur Heilung gelangt ist, lassen wir den Verletzten aufstehen und mit Bewegungen beginnen. Ich bin überzeugt, dass diese Therapie unsere Verletzten am raschesten wieder arbeitsfähig macht.

Auch in Fällen, wo der Bluterguss durch einen Knochenbruch komplicirt ist (Patella, Kondylen), entleeren wir ihn regelmäßig vor Anlegung des sonstigen Verbandes. Wo die Indikation zur blutigen Vereinigung der Kniescheibe vorliegt, geht ihr natürlich immer eine vollständige Auswaschung des Blutergusses vorher.

Wir sind der Meinung, dass so rasch, wie durch die Punktion, der Bluterguss auf keine andere Weise, auch nicht durch Resorption, aus dem Gelenke entfernt werden kann. Dies halten wir auch in so fern für wichtig, als wir annehmen, dass in Folge der raschen Entleerung des Gelenkes zugleich die normale anatomische Lagerung der Theile wieder herbeigeführt wird, und dass der Kapselriss besser heilt, wenn seine Ränder nicht aus einander gedrängt, sondern möglichst nahe an einander liegen.

Abgesehen aber von den Vorzügen der Entleerung des Gelenkes bietet die Punktion unter Umständen auch noch einen Vortheil für die Beurtheilung der Quelle der Gelenkblutung, namentlich da, wo es sich lediglich um eine Weichtheilverletzung (Kapselriss) handelt. Der Sitz der inneren Kapselrisse pflegt, abgesehen von den

Bänderzerreißungen, wesentlich im Bereiche des oberen Recesses und zu den Seiten der Patella zu sein, d. h. in den am meisten exponirt liegenden Abschnitten des Gelenkes.

Wenn man nach dem Ablassen des Blutes durch die Trokar-Kanüle eine lange, geknöpfte Sonde in das Gelenk einführt, so gelingt es nicht selten, durch Abtasten des Gelenkinnern und Vorschieben der Sonde die Kapselverletzung deutlich nachzuweisen. An der Stelle des Kapselrisses dringt nämlich der Sondenknopf direkt bis unter die Haut vor, wo man ihn als solchen leicht von außen durchfühlen kann. Auch über Richtung und Umfang des Kapselrisses kann man so gelegentlich Aufschlüsse gewinnen. Trifft es sich gerade so, dass der Trokareinstich dem Kapselrisse gegenüberliegt, so kann man von der Sondenabtastung am ehesten Aufschlüsse erhalten. Wir punktiren in der Regel an der Außenseite des Gelenkes, dem oberen Recesse entsprechend. Die Kapselverletzungen liegen, weil die Gewalten, die auf das Knie wirken, aus naheliegenden Gründen häufiger von der Außenseite kommen, meistens innen.

Wie es so oft geht, so sind wir zu dieser Verwendung der Sonde zur Gewinnung von Aufschlüssen über innere Verletzungen des Kniegelenkes ursprünglich rein zufällig gelangt. Bei der Entleerung und Ausspülung des Kniegelenkes kommt es nämlich zuweilen vor, dass der Ablauf des Blutes oder der Spülflüssigkeit plötzlich stockt, und zwar, weil sich innen vor die Kanüle ein Gerinnsel oder ein Gewebsfetzen legt. Das einfachste Mittel, den Flüssigkeitsstrom wieder zum Laufen zu bringen, ist dann die Einführung einer Knopfsonde in das Lumen der Kanüle.

Der Nachweis dieser Kapselrisse hat mich zuerst bestimmt, meine Pat. nach der Entleerung des Blutergusses in einem festen Verbande so lange liegen zu lassen, bis man die Heilung der inneren Gelenkverletzung annehmen konnte, sie also nicht der »ambulanten« Behandlung oder der frühzeitigen »Bewegungstherapie« zu unterziehen.

Für die Knochenabsprengungen an den Gelenkenden, wie sie häufig bei Distorsionen und Kontusionen der Gelenke vorkommen, sind es die Röntgenstrahlen gewesen, die zum großen Nutzen der Verletzten einer Verallgemeinerung der sonst so modernen frühzeitigen oder besser gesagt voreiligen »Bewegungstherapie« Halt geboten haben.

Aber auch bei Weichtheilverletzungen am Kniegelenke, und zwar nicht bloß äußeren, sondern erst recht bei inneren, d. h. bei den Kapselrissen, liegt es im Interesse unserer Verletzten, dass jene erst zur Heilung gelangen, bevor man wieder Ansprüche an die Funktion des Gelenkes macht.

II.

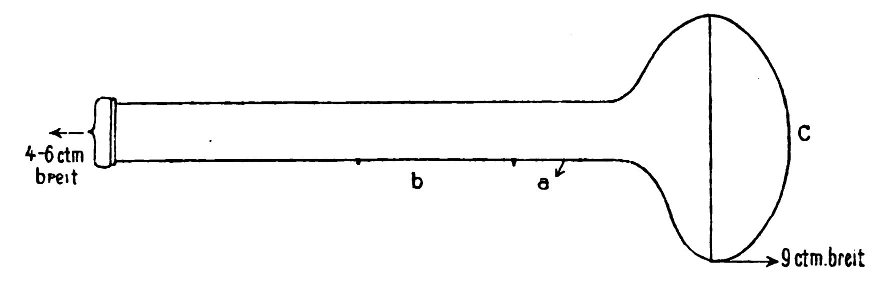
Ein neues Verfahren zur Behandlung der Kniescheibenbrüche.

Von

Dr. **Popper** in Hamburg.

Wenn sich die neueste Behandlungsmethode der Knochenbrüche, wie sie Lucas-Championnière in Paris anlässlich des internationalen Kongresses in zahlreichen Fällen vorgeführt, auch so bald noch nicht vollständig bei uns einbürgern wird, so ist die Idee, von der er ausgeht, doch so einleuchtend und richtig, dass es das Streben der modernsten Chirurgie werden muss, sich mehr und mehr bei Frakturen jeder Art von absoluter, wochenlang dauernder Immobilisirung zu entfernen und nach Räthlichkeit so frühzeitig wie möglich, event. sogleich nach Eintritt des Trauma durch Massage und genau limitirte Bewegung ein möglichst günstiges Resultat zu verbürgen. — Ohne die Methode von Lucas-Championnière in allen Theilen bezw. bei allen Fällen anzunehmen, habe ich seit Jahren schon dem Princip gehuldigt, recht früh die Immobilisirung in ausgewählten Fällen aufzugeben oder so zu gestalten, dass uns bei ihr nicht die mächtig wirkenden Heilfaktoren frühzeitiger Massage, passiver und aktiver Bewegungsversuche verloren gingen. Natürlich spreche ich von genau kontrollirten Bewegungen und ich kann mit den überaus günstigen Resultaten dieser Behandlung sehr zufrieden sein. Muss man doch, ohne sich die Ansichten von Lucas-Championnière vollständig zu eigen zu machen, ihm uneingeschränkt darin beipflichten, dass die Inaktivirung der Gelenke etc. für längere Zeit in ihrer absoluten Form (ohne Massage etc.) oft viel schwerer für das Endresultat wiegt, als wir seither im Großen und Ganzen anzunehmen gewohnt waren. — Eine Art der Knochenbrüche nun, die ganz besonders in dem Sinne behandelt werden sollte, die ganz besonders frühzeitigster Massage etc. bedarf, sind die Kniescheibenbrüche. Denn hier wiegt die Immobilisirung oft mehr als eine geringe Diastase der Frakturenden, die nachbleibt! Wenn ich absehe von den einzelnen Arten der Patellarfrakturen, deren Behandlung im Großen und Ganzen ziemlich dieselbe ist, so ziehe ich als Paradigma gleich die schwerste Form dieser Brüche, den totalen Querbruch heran, also die totale Trennung des Periosts und der fibrösen Bekleidung der Patella, einen Bruch, der sich gewöhnlich schon durch die starke Diastase der Bruchenden kennzeichnet. Wir waren früher gewohnt, nach Möglichkeit durch geeignete Apparate die Diastase zu redressiren, sind dann zu den Kontentivverbänden gekommen und haben für die den unblutigen Methoden trotzenden Fälle in der Knochennaht der Patella uns für diese schwersten Fälle das ultimum refugium reservirt, wenn auch vereinzelt schon in frischen Fällen die Naht mit Erfolg

ausgeführt worden ist. Wenn ich im Folgenden die unblutigen Methoden um eine bereichere, so gehe ich von dem Standpunkte aus, dass wir bei der immerhin noch ziemlichen Gefahr der Naht verpflichtet sind, so lange nicht die absolute Indikation dafür vorliegt, bei Knochenbrüchen (unkomplicirt!) ohne chirurgischen Eingriff uns zu behelfen, zumal wenn die Behandlung so einfach ist und so vorzügliche Resultate ergiebt wie diese. Die Behandlungsart ist folgende: 2 Heftpflasterstreifen je von ungefähr 50 cm Länge werden so zugeschnitten, wie es die beigegebene Skizze zeigt.



Das Heftpflaster zeigt an seiner breitesten Stelle das ungefähre Maß von 9 cm Breite. Dabei entspricht der Bogen *c* ungefähr den Kontouren der oberen bezw. unteren Grenze der Patella. Die Streifen werden nun bis *a*, von *c* aus, vom anhaftenden Mull des Heftpflasters befreit und der eine mit der befreiten Fläche auf die Haut oben (bis zur Quadricepsbursa inbegriffen), der andere unten auf die über der Tuberositas tibiae gelegene Haut, den Kontouren der Patella entsprechend, angelegt. Es ist gut, die Pflasterstreifen nicht zu nahe an die Ränder der Patella heran zu legen, um mehr Angriffsraum für die künftige Ausgleichung der Diastase zu haben. Bei Gebrauch von echtem John-Johnson'schen Pflaster gelingt und hält die Fixirung auf Wochen. Darauf wird in den unteren Pflasterstreifen ein Schlitz von einigen Centimetern bei *b* in der Mitte des Streifens gemacht, der obere Streifen hier durch den unteren durchgezogen und beide werden nun gehalten. Ehe man weiter geht, übt man an beiden Streifen, event. den Schlitz noch etwas größer machend, möglichst zum Schenkel parallel ziehend einen kräftigen Zug aus, die Bruchenden so allmählich in ihre beste Adaption bringend. Man unterstützt diesen Vorgang am besten dadurch, dass man zuvörderst das Bein auf ein Planum inclinatum und den Oberkörper des Pat. in halbe Sitzstellung durch untergeschobene Kissen bringt. In dieser Lage, der besten zur Ausschaltung ungewollter Quadriceps- und Ileopsoaswirkung, bleibt der Pat. am richtigsten während der Bettlage. — Ist also nun die Diastase der Frakturenden durch den Zug ausgeglichen, die Enden ganz genähert, so schiebt der Assistent ein ca. 8 cm langes, 4 cm breites Heftpflasterstück, das vorbereitet zurecht liegt, unter den beiden Hauptstreifen quer durch über die Bruchstelle der Patella und fixirt damit nochmals die hergestellte

Annäherung der Bruchenden. Der Streifen kann auch, länger geschnitten, als Zug nach unten quer über die Frakturstelle und zu gleichem Zwecke benutzt werden, ist aber als solcher gewöhnlich überflüssig, da sich durch langsames, aber stetiges Ziehen an den Hauptstreifen unter Kontrolle der Hand des Assistenten leicht ein Aufkanten der Bruchtheile vermeiden lässt — und das ist für die Assistenz die Hauptsache. Ist das quere Stück angelegt, so wird von dem Assistenten der noch an den Hauptstreifen haftende Mull schnell beiderseits gelöst, und die Streifen werden unten bis ca. 6 cm unterhalb der Tuberositas tibiae, oben ungefähr in gleicher Höhe analog fixirt. Dabei bleiben die Heftpflasterenden frei, die mit in die Gipsringe eingefügt werden sollen. — Dann legt man entsprechend den fixirten Enden der Heftpflasterstreifen oben und unten unter Aufnahme der freien Enden derselben in den Verband Gipsringe um Ober- und Unterschenkel. Beide Gipsringe sind verbunden durch eine als Brücke unten längs der Kniekehle (vom Unterschenkel zum Oberschenkel) laufende, miteingegipste gepolsterte Schieneneinlage. So wird für die Streckung gesorgt und das Kniegelenk doch so weit frei gelassen, dass schon am 1. Tage trotz aller Schwellung etc. mit Massage angefangen werden kann. Mein Heftpflastergipsverband ist quasi eine Extension der Bruchenden im umgekehrten Sinne — eine Contradictio in adjecto! — Der Verband ermöglicht dadurch, dass er Übersicht lässt dem Auge, dem Tastsinn freien Raum. Er lässt es also zu, dass die Pat. schon am 1. Tage in den Seitenpartien des Gelenkes massirt werden. Die Massage (Effleurage) wird in leichter Form täglich ausgeführt bei gänzlicher Schonung der frakturirten Theile, die ja auch Pflaster tragen. Nach 14 Tagen, spätestens 3 Wochen werden die Gipsringe mit Verbindungsschiene entfernt, die Kniekehle wird nun auch massirt, eben so die umliegenden Partien. Das Pflaster blieb zurück bis auf die in den Verband aufgenommenen, jetzt belanglosen Enden. Nach einer weiteren Woche (gewöhnlich schon nach 3 Wochen) wird auch das Pflaster entfernt, und nun werden in toto energisch die bisher bedeckten Partien auch mitmassirt; daneben werden passive und versuchsweise aktive Bewegungen gemacht; diese gelingen schon nach wenigen Tagen. — Natürlich eignet sich die Methode nur für frische Fälle.

Es ist gleichgültig, welcher Art die Patellarfrakturen sind. Bei Quer- und Splitterfrakturen ist der angegebene Modus des Verbandes der typische, bei Längsfrakturen (sehr selten!) genügt nur eine quere Heftpflasterkappe ohne Gipsverband, entsprechende Lagerung und baldigste Massage. Die Erfolge der frühzeitigen Massage etc. sind gerade bei den Patellarfrakturen in all ihren Formen besonders in die Augen springend.

III.

Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Barmen. Oberarzt Geh. San.-Rath Dr. Heusner.)

Über Behandlung und Verhütung arthrogener Kontrakturen im Kniegelenke[1].

Von

Dr. Carl Bruns.

Die Behandlung resp. Verhütung der auf Grund chronischer Erkrankungen des Kniegelenkes entstandenen Kontrakturen ist von jeher ein Gebiet der Chirurgie gewesen, auf dem nicht selten der Erfolg ausblieb oder doch der aufgewandten Mühe nicht entsprach. Der Orthopäde versuchte mit Verbänden und sanften Redressements in oft jahrelanger Arbeit das Bein in gestreckter Haltung zu fixiren, um schließlich in vielen Fällen zu erleben, dass entweder die Kranken die Geduld verloren, oder dass ein Recidiv eintrat. Der Chirurg versuchte, durch gewaltsame Streckung und Anlegung von Gipsverbänden die Kontraktur zu beseitigen, und glaubte, wenn er immer wieder vor Recidiven stand, als vornehmstes Mittel, als ultima ratio, die Resektion vorschlagen zu müssen. Aber, m. H., sehen wir ganz ab von jenen Fällen, in denen nach Resektion die primäre Vereinigung ausblieb, oder nachträglich Knochenfisteln etc. auftraten, sehen wir ferner davon ab, dass die Resektion, besonders bei Leuten in vorgerücktem Alter, doch schließlich keine ungefährliche Operation ist, dass sie stets mit einer Verkürzung des Beines verknüpft ist, und sehen wir nach, ob denn die reaktionslos verlaufene Resektion auch wirklich absolut sicher die Kontraktur beseitigt, so müssen wir allerdings gestehen, dass sie es nicht immer thut. Giebt doch selbst König, der eifrigste Fürsprecher der Kniegelenksresektion, in seinem Lehrbuche an, es »besteht auch, wenn eine vollkommene Synostose erzielt zu sein schien, zumal wenn das Knie in der für das Gehen erwünschten leichten Flexion ausheilte, eine große Tendenz zur allmählich zunehmenden Flexionskontraktur«. Sagt er doch auch, dass man oft genöthigt sei, die Weichtheile der Beugeseite bis auf den Knochen zu durchtrennen.

Welches sind denn aber die Weichtheile, die die Kontraktur hervorrufen? Ist es die Kapsel, ist es Haut oder Bindegewebe? Alle diese Gewebe sind es nicht, jedenfalls sind sie nicht die primär kontrakturirten Theile, sondern dieses sind die Muskeln.

Diese Erwägung war es, die uns veranlasste, auf Grund eines Falles stetig recidivirender Kniegelenkskontraktur der Frage etwaiger Muskeltransplantationen näher zu treten. Es handelte sich um ein

---

[1] Vortrag, gehalten in der Vereinigung niederreinisch-westfälischer Chirurgen zu Bochum am 8. December 1900.

8jähriges Mädchen der besseren Praxis, bei dem wegen einer nach septischer Kniegelenksentzündung im Säuglingsalter aufgetretenen Kontraktur außer anderen operativen Eingriffen auch die Resektion mit dem Erfolge gemacht war, dass knöcherne Vereinigung ausblieb und die Kontraktur wieder auftrat. Wir fanden bei dem nervösen Kinde eine äußerst lebhafte Kontraktur der gesammten Beuger, besonders des Biceps, sobald wir versuchten, in tiefster Narkose eine Bewegung im Sinne der Streckung auszuführen. Leider versagten uns die Eltern die Ausführung der vorgeschlagenen Transplantation der Bicepssehne auf die Quadricepssehne. Wir hatten aber auf der Kinderstation einen Knaben mit Fungus des Knies, bei dem die Erkrankung im Abheilen begriffen war, aber bei dem seit ca. 2 Jahren alle Methoden konservativer Behandlung vergeblich versucht waren, um die immer wieder auftretende Kniekontraktur zu beseitigen. Bei diesem Knaben fanden wir ebenfalls, dass die Muskeln bei etwaigen Streckversuchen sich energisch kontrahirten. Wir überpflanzten die Bicepssehne auf die Quadricepssehne; der Knabe blieb bei reaktionslosem Verlaufe 3 Wochen in festem Verbande, dann ließen wir ihn aufstehen. Sie sehen ihn hier; die Operation ist vor $5^1/_2$ Monaten ausgeführt. Das Bein steht, wie Sie sehen, in absoluter Streckung, und der Knabe kann ohne den geringsten Schmerz gut gehen. Er bedarf seit der Operation keiner Hülsenverbände etc. mehr, während bis dahin nach Fortlassen etwaiger Kapselverbände sofort starke Kontrakturstellung, manchmal in 8—14 Tagen bis zu 60°, auftrat.



Fall II, 6 Wochen nach der Operation.

Der zweite Fall, den ich Ihnen zeigen möchte, betrifft ein junges Mädchen von 24 Jahren. Dieselbe acquirirte vor 9 Monaten eine Gonitis gonorrhoica des linken Beines, und zwar handelte es sich um die schwere Form der Gonitis gonorrhoica phlegmonosa (König). Die entzündlichen Processe sind längst abgelaufen, aber Pat. litt andauernd an Neigung zur Kontrakturbildung und starken Schmerzen bei Gehversuchen. Auch bei ihr haben wir Alles versucht, was konservativ möglich ist. Wir haben in Narkose mehrfach redressirt, alle möglichen Gehverbände, Schienenhülsen etc. tragen lassen, Alles vergebens! Wir standen jetzt vor der Frage der etwaigen Resektion. Nun, auch bei diesem Mädchen haben wir die Sehnenüberpflanzung versucht, und, wie Sie sehen, mit ausgezeichnetem Erfolge. Wir legten Biceps und Semitendinosus frei und schnitten sie am unteren Ansatze

ab. Als wir dann versuchten, in tiefer Narkose das in Kontraktur von ca. 40° befindliche Knie zu strecken, kontrahirten sich die beiden Muskeln so stark, dass sie fast völlig im oberen Wundwinkel verschwanden. Wir verzichteten desshalb auf eine völlige Streckung des Beines und haben die beiden Muskeln durch angelegte Öffnungen der Quadricepssehne durchgezogen und vernäht und das Bein in Kontrakturstellung durch Gipsverband fixirt. Nach 3 Wochen reaktionslosen Verlaufes haben wir den Verband abgenommen und mit Massage des Quadriceps begonnen. Und nun passirte das Interessante, dass das bis dahin kontrakturirte Bein, das sich früher ohne festen Verband immer stärker beugte, langsam, ohne dass wir das Knie passiv streckten, sich spontan gerade stellte. Sie sehen jetzt das Bein in absoluter Streckung. Die Kranke kann auf dem Beine schon seit Wochen gehen und ist frei von Schmerzen, während früher jeder Gehversuch die heftigsten Beschwerden verursachte.

Einen weiteren Fall werden wir in nächster Zeit im Krankenhause analog operiren. Es handelt sich um eine an chronischem Gelenkrheumatismus leidende Dame, die seit mehreren Jahren wegen hochgradiger Kontraktur beider Knie absolut bettlägerig ist.

(Die betr. Kranke ist vor Kurzem mit Sehnentransplantation der Beuger auf die Quadricepssehne behandelt. Es haben sich die bis dahin äußerst schmerzhaft um ca. 50° kontrakturirten Kniee langsam völlig gestreckt, obwohl Pat. bisher noch Bettruhe innehalten musste.)

Nun, m. H., was haben wir mit unserer Operation gewonnen?

Wir haben bei zu Kontraktur neigenden Knieen durch eine verhältnismäßig einfache und ungefährliche Operation die Kontraktur beseitigt, so wie einen großen Theil der mit letzterer verbundenen Schmerzen. Ein weiterer Vortheil liegt darin, dass wir nicht genöthigt sind, in solchen Fällen recidivirender Kontraktur die Resektion ausführen zu müssen.

Freilich wird der Resektion auch später noch mancher Fall, besonders von Tuberkulose anheimfallen, wo es eben darauf ankommt, die erkrankten Herde gründlich zu entfernen, aber es wird doch vielleicht unsere Methode manches Knie vor allzu radikaler Behandlung und vor Versteifung schützen.

Es ist ferner unleugbar, dass manches chronisch entzündliche Kniegelenk nach längerer Zeit wieder ausheilt, manchmal sogar mit Erhaltung eines mäßigen Grades von Beweglichkeit. Sollte es in solchen ausgeheilten Fällen nicht wohl möglich sein, die einstmals auf den Quadriceps verpflanzten Muskeln an ihre ursprüngliche Insertion zurückzubringen und damit den Versuch zu wagen, ein spontan bewegliches Gelenk wiederherzustellen? Doch darüber haben wir bisher noch keine praktischen Erfahrungen. Möge die heutige Demonstration Veranlassung zu weiteren Versuchen sein. Die Tragweite und Leistungsfähigkeit unserer Operation zu bestimmen bleibt der Zukunft überlassen.

---

1) **T. König.** Über Äthylchloridnarkose.

Inaug.-Diss., Bern, **Büchler,** 1900. 54 S.

Verf. hat sich auf Anregung von Dumont der Aufgabe unterzogen, die Eigenschaften des Äthylchlorids als allgemeines Anaestheticum am Thierversuche zu prüfen und darauf hin auch klinisch am Menschen zu untersuchen. Die Experimente wurden im physiologischen Institute der Universität Bern (Prof. Kronecker) mit Hilfe von Dr. Asher ausgeführt. Es wurde hierzu der Kronecker'sche Narkoseapparat benutzt, der eine genaue Dosirung der Mischungsverhältnisse von Luft und verdampftem Anaestheticum erlaubt. Als Versuchsthiere dienten Kaninchen und Affen.

Es ergab sich bei diesen Versuchen vorerst, dass die Narkose bei zehnfacher Verdünnung der Äthylchloriddämpfe erst nach 6 bis 7 Minuten eintrat, während sie sich bei Mischung zu gleichen Theilen schon nach wenigen Sekunden einstellte. Das Erwachen war stets außerordentlich rasch. Schädigungen wurden auch bei oft wiederholten Narkosen nicht bemerkt, eben so wenig eine Gewöhnung an das Mittel. Bei Kaninchen traten auch in tiefer Äthylchloridnarkose die motorischen Reizsymptome (Krämpfe) fast mehr in den Vordergrund als Lähmungserscheinungen, während beim Affen die Äthylchloridnarkose vollständig ruhig verläuft. Die wichtigen Versuche über das Verhalten des Blutdruckes ergaben, dass bei schwächeren, aber immerhin zur Narkose genügenden Mischungen von Luft und Äthylchlorid keine wesentliche Erniedrigung des Blutdruckes eintritt. Wo dies doch der Fall war, musste es sich um Vagusreiz handeln, da der Blutdruck nach Durchschneidung der beiden Vagi wieder stieg. Bei zu koncentrirten Äthylchloriddämpfen kam beim Kaninchen, nicht aber beim Affen, ein deutliches Sinken des Blutdruckes vor. Verf. hält auf Grund dieser Versuche das Äthylchlorid für weniger gefährlich als das Chloroform, will aber eine abschließende Vergleichung zwischen Äther und Äthylchlorid nicht ziehen. Der Vaguswirkung wegen schlägt er vor, der Narkose eine Atropininjektion vorauszuschicken.

Der klinische Theil erstreckt sich auf 40 Narkosen: 9 nur mit Äthylchlorid ausgeführt, 31 mit Äthylchlorid und nachfolgendem Äther. Für kurze Narkosen (Zahnextraktionen) wird die Lehmann'sche Glasmaske empfohlen, für längere Narkosen eine Modifikation der Wagner-Longard'schen Äthermaske. Als Behälter des Anaestheticums wurden Äthylchloridcylinder, mit einer weiteren, als der gewöhnlichen kapillaren Öffnung versehen, benutzt.

Meist wurde die Anästhesie in 2 Minuten, nur 3mal erst in 4—5 Minuten erzielt. Das Erwachen war stets momentan. Nachträgliche Beschwerden waren selten. Nierenschädigung wurde nie beobachtet. Die dauernde Narkose schwankte in der Regel zwischen 1/2 und 10 Minuten, erstreckte sich aber ein Mal auf 25 Minuten. ...nd welche schwere Zufälle wurden nie beobachtet. Bemerkens... ist, dass die Narkose für den Pat. viel angenehmer ist als

Chloroform- und Äthernarkose. Mit besonderer Vorliebe wurde die Äthylchloridnarkose als Einleitung der letzteren benutzt, und zwar mit derselben Maske. Wurde rechtzeitig genügend Äther nachgegossen, so fehlte jede Excitation. Ein nach kombinirter Narkose am folgenden Tage erfolgter Tod an akutem Lungenödem wird der schwächlichen Konstitution der Pat., dem ausgedehnten Eingriffe (Excision einer zum größten Theile substernalen Struma) und der Ätherwirkung zugeschrieben.

Verf. empfiehlt die reine Äthylchloridnarkose für kurz dauernde Eingriffe, während er für länger dauernde Operationen der Äthylchloridäthernarkose das Wort redet.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

2) **Tuffier.** Analgésie cocaïnique par voie rachidienne.
(Semaine médicale 1900. No. 51. p. 432.)

T., der sich von den französischen Chirurgen am meisten mit der Rückenmarksanästhesie befasst und die wohl zweckmäßigste Methode, nämlich die Injektion des Cocains am sitzenden Pat. angegeben hat, giebt in der vorliegenden Mittheilung eine Übersicht über seine bisherigen Erfahrungen. Er nennt als feststehende Resultate der bisherigen Beobachtungen einmal die Vollständigkeit und genügende Dauer der Analgesie, sodann ihre vollständige Gefahrlosigkeit sowohl in Bezug auf unmittelbare Erscheinungen als auch auf später eintretende Störungen. Ein einziger Pat. ist am Tage nach der Operation gestorben, und zwar an den Folgen einer Herzaffektion.

Was die bei und nach der Anwendung des Verfahrens auftretenden Erscheinungen betrifft, so ist T. der Ansicht, dass sie nicht genügend schwer sind, um die Rückenmarksanästhesie zu verlassen. Der Schmerz des Einstiches ist bei genügend feiner Nadel unbedeutend. Das anfängliche Übelbefinden, das 5—8 Minuten nach der Injektion beginnt, dauert selten mehr als 10—15 Minuten. Der Brechreiz, der bei 40% der Pat. auftritt, steht nach T. in Beziehung zu einer mangelhaften Spannung des Liquor cerebrospinalis und macht sich nur bei den Pat. unangenehm bemerkbar, bei denen die cerebrospinale Flüssigkeit schlecht ausfloss. Er hängt übrigens auch von der Größe der Cocaindosis ab. Erbrechen tritt in $^1/_5$ der Fälle auf und hat keine ernstere Bedeutung. Der Puls ist etwas beschleunigt und weich, und der Blutdruck sinkt. Die Athmung wird wenig beeinflusst. Der After wird hier und da inkontinent, während der Blasenschluss stets erhalten bleibt.

Was die nachträglichen Erscheinungen betrifft, so beobachtete T. die Kopfschmerzen in $^2/_5$ der Fälle. Dieselben hatten den Charakter der Migräne und verschwanden beinahe immer bis zum folgenden Morgen. Längere Dauer war selten. Dagegen treten in seltenen Fällen nachträgliche Kopfschmerzen nach 2—5 Tagen auf, die bis zu 7 Tagen dauern können. Nachträgliches Erbrechen wird nur

ganz ausnahmsweise beobachtet. Temperatursteigerung sah T. in 45% der Fälle. Sie überschritt in der Regel nicht 38,5 und ging nur ausnahmsweise bis 39,5. Ihre Dauer betrug mit auffallender Regelmäßigkeit 6—8 Stunden.

T. hat mit dieser Anästhesie 250 Operationen ausgeführt, wovon 142 in der Bauchhöhle, vom Magen und der Niere bis zu den verschiedensten Eingriffen in den weiblichen Genitalien. Das Alter der Pat. schwankte zwischen 10 und 79 Jahren. Wiederholte Cocainisirung mit einigen Tagen Zwischenraum wurde gut vertragen. Kinder und Hysterische sollten von ihrer Anwendung ausgeschlossen werden, während Herzerkrankungen und Arteriosklerose keine Kontraindikation darstellen. Was die Bauchchirurgie betrifft, so empfiehlt T. die Rückenmarksanalgesie nur für Diejenigen, welche in diesem Gebiete der Chirurgie geübt sind, da schwierigere Eingriffe durch das Erbrechen mehr oder weniger erschwert werden können.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

---

3) **A. J. Golebski.** Über Cocainisirung des Rückenmarkes.

(Botkin's balnitschaja gaseta 1900. No. 18. [Russisch.])

G. hat auf Veranlassung von Prof. Krawkow im pharmakologischen Laboratorium desselben 46 Experimente an Hunden und 59 an Fröschen angestellt, um die Wirkungen der Bier'schen Methode zu erforschen. Die unmittelbare Anregung zu den Experimenten gaben Seldowitsch's Veröffentlichungen (Centralblatt für Chirurgie 1899 No. 41), mit dessen klinischen Erfahrungen sich G.'s experimentelle Beobachtungen im Wesentlichen decken. G. kommt zu folgenden Resultaten. Durch Injektion von 1—3 dg Cocain (auf das Kilo Thiergewicht) gelingt es, bei Hunden in wenigen Minuten eine vollkommene Anästhesie des ganzen Rumpfes, Halses, der Vorderpfoten bis zum Vorderarme und der Hinterfüße gegen Stich, Hitze und elektrische Reize zu erzielen, und zwar erstreckt sich die Anästhesie sowohl auf die oberflächlichen wie die tiefen Körperabschnitte. Die Dauer der Anästhesie hängt ab von der Cocainmenge und währt bis zu 20 Minuten. Was die Reihenfolge betrifft, in welcher die Reaktionen auf die verschiedenen Reize erlöschen, so ist bemerkenswerth, dass bei Fröschen der stärkste Reiz, das Betupfen der Haut mit Säure, zuerst seine Wirkung verliert, und dass die Empfindung der einfachen Berührungen am längsten erhalten bleibt; eben so überdauert bei Hunden die elektrische Reizbarkeit die Empfindlichkeit gegen Schmerz. Diese Thatsachen stimmen mit den Erfahrungen Bier's am Menschen überein, welcher bei seinen Pat. beobachtete, dass die Berührung mit den Instrumenten noch empfunden wurde, nachdem die Schmerzempfindlichkeit bereits erloschen war. Beim Schwinden der Anästhesie kehren die Empfindungen von der Peripherie nach dem Centrum fortschreitend wieder.

Mit der Anästhesie ist immer eine Ataxie der Hinterbeine verbunden.

Eine weitere Komplikation ist eine Temperaturerhöhung, die nur bei höheren Cocaindosen (5—7 dg auf das Kilo Thiergewicht) eintritt und um so länger dauert, je größer die Dosis war. Sie stellt ausschließlich eine Giftwirkung des Cocains dar und ist bei sterilisirtem Cocain, »welches giftiger ist als unsterilisirtes«, von längerer Dauer und höherem Grade. Die Temperaturerhöhung lässt sich durch gleichzeitige Injektion von Cocain und Antipyrin vermeiden.

Die Cocainisirung vermag Krämpfen (Strychnin, Pikrotoxin, Aconitin) vorzubeugen. Das Bewusstsein schwindet niemals.

Eucain B., weniger giftig, wirkt beträchtlich schwächer. G. hat an ungefesselten Hunden Laparotomien (Anlegung einer Magenfistel) unter dieser Anästhesie gemacht und empfiehlt die Bier'sche Methode den Chirurgen zur Prüfung. **P. Rathcke** (Berlin).

---

4) **A. Lüning** und **W. Schulthess.** Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie für Studirende und Ärzte.

München, **J. F. Lehmann,** 1901. 610 S.

Das vorliegende Werk bildet den XXIII. Band der bekannten Lehmann'schen Handatlanten. Die Verff. sind überzeugt, einem Bedürfnisse zu entsprechen, da es zu Zeit an einer knapp gefassten, nur das Wesentliche bietenden, jedoch gut illlustrirten Zusammenfassung der orthopädischen Chirurgie gebricht.

Die Namen der beiden Autoren, welche durch eine 17jährige gemeinsame Thätigkeit auf unserem Gebiete bekannt sind, sprechen schon für eine gediegene, gut ausgewählte Darstellung. Die Verff. haben sich so in die Bearbeitung getheilt, dass die Darstellung des allgemeinen Theiles (mit Ausnahme der operativen Orthopädie) und der Deformitäten des Rumpfes auf S., diejenige der Deformitäten der Extremitäten (mit Ausnahme des Plattfußes) auf L. entfällt. Der Text wird durch 366 Figuren und 16 farbige Tafeln auf das Anschaulichste erläutert.

Das Buch enthält einen allgemeinen Theil, in welchem die Eintheilung und allgemeine Behandlung der Deformitäten besprochen wird; besonders hinweisen möchte ich hier auf das Kapitel der technischen Gruppen der Behandlungsmethoden, in welchem Massage und Gymnastik, operative Orthopädie und Verbände durch Text und gute Zeichnungen eine ausgezeichnete Darstellung erhalten.

Der specielle Theil behandelt die einzelnen Deformitäten der üblichen Eintheilung gemäß. Von den Deformitäten der Wirbelsäule glaubte S. den lateralen Verkrümmungen eine breitere Darstellung geben zu müssen, da sie in den dem Gebrauche des Praktikers dienenden chirurgischen Lehrbüchern keine zur selbständigen Verwerthung befähigende Besprechung zu erfahren pflegen. Dem Kapitel

vorausgeschickt ist eine reich illustrirte Darstellung der Anatomie der normalen erwachsenen und kindlichen Wirbelsäule. Die verschiedenen Formen der Skoliose und die pathologische Anatomie derselben sind gleichfalls durch zahlreiche anschauliche Bilder dargestellt. Eben so erfährt die Therapie eine ausgedehnte Besprechung. S. bringt hier eine ausführliche Zusammenstellung seiner zahlreichen genial konstruirten, zum Theil sehr komplicirten Redressions- und Übungsapparate, skizzirt aber auch die sonst übliche, mit einfacheren Hilfsmitteln durchgeführte Therapie.

Bei der Besprechung der Spondylitis vermisst Ref. eine breitere Darstellung mancher für den Praktiker besonders wichtiger Punkte, wie die genauere Technik des Lorenz'schen Reklinationsbettes, das Anlegen der cirkulären Verbände bei Horizontallagerung zur Begünstigung kompensatorischer Lordosen, die Psoaskontraktur. Hier könnten vielleicht auf Kosten einiger der zahlreichen Wirbelsäulenmessbilder (28), deren Werth für ein wissenschaftlich geleitetes Institut nicht bestritten werden soll, wenige anschauliche Zeichnungen eingeschaltet werden.

Von den übrigen Kapiteln will ich nur noch die angeborene Hüftverrenkung hervorheben. Die Lorenz'sche unblutige Einrenkung erhält eine gebührende Besprechung, welche durch gut reproducirte Röntgenbilder und Lorenz'sche Originalfiguren illustrirt ist.

Bei der Behandlung der Coxitis werden die modernen Gehverbände berücksichtigt, eben so den Hessing'schen Apparaten ihr Platz eingeräumt. Der Ansicht der Verff., dass durch den Ersatz der Hülsen der Hessing'schen Apparate durch einfache Ringe mit Lederriemen die Muskelatrophie vermieden wird, kann sich Ref. nicht anschließen, da er öfters in der Lage war, bei Pat., welche derartige Apparate getragen hatten, noch nach Jahren bleibende tiefe Einschnürungen in der Muskulatur an der Stelle der Ringe nachzuweisen.

Die äußere Ausstattung des Buches ist wie die der sonstigen Handatlanten der Lehmann'schen Sammlung eine gediegene.

Drehmann (Breslau).

---

5) **A. Hand.** A critical summary of the literature on the diagnostic and therapeutic value of lumbar puncture.

(American journ. of the med. sciences 1900. Oktober.)

H. fasst die Resultate seiner kritischen Litteraturbesprechung in folgende Sätze zusammen:

1) Die Lumbalpunktion hat ein weiteres Feld als diagnostisches Hilfsmittel denn als therapeutischer Eingriff.

2) Als diagnostisches Hilfsmittel ist dieselbe nur dann von Werth, wenn sie positive Befunde liefert; es ist nicht anzurathen, aus negativen Befunden Schlüsse zu ziehen.

3) Therapeutisch ist sie von Werth: bei epidemischer Cerebrospinalmeningitis zur Herbeiführung der Heilung; bei tuberkulöser Meningitis zur Gewährung subjektiver Erleichterung; bei anderen Zuständen von Drucksteigerung durch Beseitigung eines direkt lebensgefährlichen Zustandes zur Anbahnung der Besserung.

R. v. Hippel (Dresden).

---

6) **Codivilla.** Sur la technique de la craniotomie exploratrice.

(Revue de chir. 1900. No. 11.)

Verf. empfiehlt erneut das von ihm zuerst in No. 16 ds. Bl. 1898 beschriebene Instrument zur explorativen Kraniotomie, bei der sich dasselbe ihm wiederholt bestens bewährt hat. Er rühmt dem Kraniotom besonders nach, dass er fast linear und mit minimalem Substanzverluste den Knochen ausschneide, mag er sehr hart oder weich und dünn sein, dass die bei Einheilung des Knochens erfolgende Knochenneubildung sehr geringfügig ist; dass das Instrument rasch, sicher und ohne Gefahr für den Schädelinhalt arbeite, leicht transportir- und sterilisirbar und von mäßigem Preise sei. Die der Abhandlung beigegebenen Abbildungen sind wesentlich schärfere und erläutern die Art der Anwendung des Instruments besser, als die für dieses Blatt seiner Zeit gelieferten.

Kramer (Glogau).

---

7) **J. Rybalkin.** Über einen operirten Fall von Rindenepilepsie.

(Botkin's balnitschnaja gaseta 1900. No. 24. [Russisch.])

Das Bemerkenswerthe des von R. in seinem ganzen, über drei Jahre sich erstreckenden Verlaufe sehr sorgfältig beobachteten und ausführlich mitgetheilten Falles Jackson'scher Epilepsie ist die nicht traumatische, nämlich syphilitische Ätiologie. Der 35jährige Pat., welcher außer einer vor 6 Jahren überstandenen Lungenentzündung und der vor 15 Jahren erworbenen Syphilis keinerlei Erkrankungen durchgemacht hatte, bekam im März 1897 den ersten epileptischen Anfall (allgemeine Krämpfe, Bewusstseinsverlust, Zerbeißen der Zunge). Diese Anfälle wiederholten sich während des Jahres 1897 mehrmals, dazu gesellten sich Kopfschmerzen in der rechten Schläfe. Im Jahre 1898 änderte sich das Krankheitsbild in so fern, als die Krämpfe sich allmählich auf die linke Körperhälfte beschränkten, weniger intensiv waren und zuweilen ohne Bewusstseinsverlust verliefen. Unter mehrfachen Inunktionskuren und Jodkaligebrauch wurden die Anfälle seltener, sistirten zeitweilig, so dass Pat. im Oktober 1899 aus der Behandlung entlassen wurde, nachdem außer einer rechtsseitigen Neuritis optica descendens keinerlei objektive Veränderungen am Nervensystem konstatirt waren. Im November 1899 erneute Aufnahme. Nunmehr tragen die Krämpfe den typischen Charakter der Jackson'schen Epilepsie, Drehung des Kopfes und der Augen nach links, Zuckungen im linken Facialis,

linken Arme und Fuße, Paralyse der linken Hand. Zeitweise ununterbrochen Anfälle. Die im November 1899 unter Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens ausgeführte Schädeleröffnung ergab eine starke Verdickung und Verwachsung der Dura mit Pia und Hirnoberfläche in der Gegend des rechten Lobus paracentralis; ein Theil dieser Verdickung wird exstirpirt. Theilweise Tamponade der Wunde, Naht. Heilung per primam. In den ersten 24 Stunden nach der Operation noch 29 Anfälle, allmähliches Schwinden derselben in den nächsten Tagen, auch die Lähmungen sind am 1. December vollkommen verschwunden. Am 16. Januar 1900 starb Pat. an einer tuberkulösen Lungenaffektion, nachdem sich die Anfälle nicht wieder gezeigt hatten. Die Sektion ergab außer dem Lungenbefunde eine Pachymeningitis chronica circumscripta syphilitica hemispherae dextrae (lob. parietalis). Ostitis syphilitica cranii.

R.'s Pat. hatte 5 antisyphilitische regelrechte Kuren ohne Erfolg durchgemacht, und so beweist dieser Fall, dass auch bei Jackson-scher Epilepsie auf syphilitischer Basis unter Umständen die Operation das einzige Mittel zur Heilung sein kann; allerdings kann in diesem Falle bei der Kürze der Beobachtungsdauer nach der Operation von einer definitiven Heilung nicht gesprochen werden. Die Wiedergabe der neurologischen Feinheiten des Falles, die R. ausführlich bespricht, gehören nicht hierher. **P. Rathcke** (Berlin).

---

8) **Lexer.** Operation des Ganglion Gasseri.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 42.)

L. hat die Krause'sche Operation in der Weise modificirt, dass er nach Bildung eines Haut-Knochenlappens, dessen beide Schnittenden vor dem Ohre und seitlich vom Auge bis zu einer Linie nach unten reichen, welche den Ansatz des Ohrläppchens mit dem äußersten Ende der Augenbrauen verbindet, den Jochbogen temporär resecirt und danach die Schädelbasis bis in die Nähe des Foramen ovale und Spinosum mit der Luer'schen Zange wegnimmt. Ist die venöse Blutung sehr stark, so kann man durch steiles Aufsetzen der Pat. dieselbe wenigstens auf kurze Zeit zum Stehen bringen.

Borchard (Posen).

---

9) **F. J. Steward.** Tuberculosis of the nasal mucous membrane.

(Guy's hospital reports Vol. LIV. London, **J. & A. Churchill,** 1900.)

Vorliegende Arbeit gründet sich auf 6 selbst beobachtete und 94 aus der Litteratur zusammengestellte Fälle. Erstere erscheinen in ausführlichen Krankengeschichten im Texte, letztere in Tabellenform als Anhang. Verf. charakterisirt das Krankheitsbild folgendermaßen:

Von den 100 Fällen entfielen auf das männliche Geschlecht 41, auf das weibliche 59. Das ist auffallend im Vergleiche zur Kehlkopftuberkulose, die fast 3mal so häufig Männer, wie Frauen befällt.

Das Alter der Pat. schwankt zwischen 8 Monaten und 71 Jahren, am häufigsten ist das 10.—40. Lebensjahr vertreten, das ja überhaupt das größte Kontingent der Tuberkulose stellt.

58mal war die Erkrankung der Nasenschleimhaut primär, d. h. bei sorgfältigster Untersuchung in keinem anderen Organe Tuberkulose zu entdecken, 37mal sekundär, 5mal zweifelhaft. Weitaus in der Mehrzahl der Fälle (89 %) war das Septum Sitz der Erkrankung, und zwar 70mal allein, 19mal in Verbindung mit anderen Theilen. Fast stets war der vordere knorpelige Theil befallen und häufig der Knorpel zerstört und perforirt; sehr selten ging die Erkrankung auf das knöcherne Septum über, und nur in einem Falle war dieses allein ergriffen. Gewöhnlich beginnt die Erkrankung in der Submucosa und bleibt häufig auf diese beschränkt.

Die Krankheit erscheint entweder als einfache Schwellung oder als Ulceration, oder beide Formen finden sich kombinirt. Die Schwellung ist sehr charakteristisch für dieses Leiden und war 73mal vorhanden. Die Oberfläche der Anschwellung ist gewöhnlich glatt, manchmal körnig, die Farbe meistens blassroth, manchmal gelblich, die Konsistenz fest und elastisch. Bei Verkäsung tritt Ulceration auf. Die Größe der Schwellung schwankt zwischen der eines Hanfkornes bis zu der einer Walnuss. Die Anschwellung allein tritt häufiger bei primären Fällen auf, während die sekundären, entsprechend der herabgesetzten Resistenzfähigkeit des Organismus, mehr zur ulcerativen Form neigen. Histologisch unterscheidet sich das Leiden nicht von tuberkulösen Herden an anderen Stellen. Tuberkelbacillen finden sich bei der ulcerativen Form häufiger, bei der einfachen Schwellung fehlen sie meist.

Das Hauptsymptom ist stets Verstopfung der Nase, häufig auch findet sich schleimig eitriger oder rein eitriger, zeitweise blutiger Ausfluss. Nach Entfernung der Borken und Krusten sieht man die rosafarbene Geschwulst, vielleicht ulcerirt an der Oberfläche, oder eine roth infiltrirte, mit mehr oder weniger Geschwüren bedeckte Fläche. Geschwulst und infiltrirte Zone, so wie ihre meist injicirte Umgebung bluten leicht bei Berührung. In seltenen Fällen täuschte die besondere Wachsthumsrichtung der Geschwulst eine solche des Nasenrachenraumes oder der Orbita vor.

Differentialdiagnostisch unterscheidet sich die Affektion von tertiärer Syphilis durch die viel größere destruktive Tendenz der letzteren und den dabei bestehenden Fötor, von der Rhinitis atrophicans durch das Fehlen von Ulcerationen unter den Borken bei letzterer. Gegenüber einem Gumma oder einer bösartigen Geschwulst kann die Diagnose oft nur durch mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens festgestellt werden.

Die Behandlung hat, falls nicht anderweitige tuberkulöse Herde den Körper zu widerstandsunfähig gegenüber einem operativen Eingriffe gemacht haben, in radikaler Entfernung des Erkrankten mit kalter Schlinge oder Messer, Schere, scharfem Löffel, Paquelin etc. zu bestehen. Sind die Muscheln Sitz der Erkrankung, so sind sie zu entfernen. Recidive sind nicht selten und müssen nach denselben Grundsätzen behandelt werden. **R. v. Hippel** (Dresden).

---

10) **F. Dejardin** et **E. Gulikers.** Cure radicale de la fistule du canal de Sténon par un procédé nouveau.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. No. 8.)

Das neue Verfahren besteht darin, dass man zwischen dem hinteren Rande des Masseters und dem aufsteigenden Kieferaste einen Weg zur Mundhöhle macht und den Rest des Ausführungsganges durch ihn hindurch zur Mundhöhle führt. Ein Längsschnitt wird vom Ohrläppchen zum Mundwinkel geführt, der Kanal aufgesucht, die vorderen Drüsenpartien zurückgedrängt, der hintere Rand des Masseters freipräparirt, zwischen ihm und dem vorderen Rande des Kieferastes ein Einstich bis in die Mundhöhle gemacht, der lospräparirte Ductus stenonianus hindurchgeführt, innen angenäht und endlich die äußere Incision genäht. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

---

11) **V. Ménard.** Étude pratique sur le mal de Pott.

Paris, **Masson & Cie.,** 1900. 452 S. 205 Abb.

M. bringt in einer Monographie eine erschöpfende Darstellung der pathologischen Anatomie, Symptomatologie und Behandlung der Spondylitis an der Hand eines reichhaltigen Materials, welches ihm im Seehospize zu Berck-sur-Mer zur Verfügung steht.

Den Hauptwerth des Buches bildet die genaue Schilderung der pathologischen Anatomie, welcher die Hälfte des Werkes und 129 nach der Natur gezeichnete vortreffliche Abbildungen gewidmet sind. Der Verf. bringt hier eine Zusammenfassung und Erweiterung seiner n den letzten beiden Jahren in der Revue d'orthopédie veröffentlichten Arbeiten. Er meint, dass nur eine Unkenntnis der tuberkulösen Veränderungen der Wirbelsäule es möglich machte, dass von einem brüsken Redressement rasche und in die Augen fallende Erfolge erwartet werden konnten.

Auf die Einzelheiten kann hier nicht näher eingegangen werden, ich will nur einige der wichtigsten Punkte der M.'schen Schilderung der anatomischen Veränderungen erwähnen. Während an der Hals- und Lendenwirbelsäule gewöhnlich eine beschränktere Anzahl von Wirbelkörpern ganz zur Einschmelzung kommen, findet sich an der Brustwirbelsäule gewöhnlich eine größere Zahl zu Grunde gegangener Körper vor, als dem äußeren Buckel entspricht. M. fand in einem Falle mit verhältnismäßig wenig ausgedehntem Buckel sämmtliche

12 Brustwirbel eingeschmolzen. Sekundär kann sich vom primären Herde die tuberkulöse Zerstörung nach oben und unten fortpflanzen, M. hat den Process vom Halse sich bis zum Sacrum erstrecken gesehen. Der Herd enthält Detritus, tuberkulösen Eiter und dazwischen mit den Fingern fühlbare Knochenkrümel.

Zu unterscheiden von der tuberkulösen Zerstörung ist die durch Druck entstehende Ulceration; dieser letzteren durch Kompression entstehenden Zerstörung kann die Therapie vorbeugen, der tuberkulösen nicht. Durch die Therapie wird häufig nur das spätere Zusammensinken hinausgeschoben.

Interessant sind die Resultate der experimentellen Studien, welche M. anstellte, indem er durch Entfernung einer oder mehrerer Wirbelkörper an Leichen künstliche Gibbositäten erzeugte. Durch Zusammenschieben und Ineinandersinken der hinteren Bogen und das Auftreten kompensatorischer Lordosen kann die Inflexion der Wirbelsäule bedeutend verringert werden. Nach M. kommt dieses Zusammenschieben durch eine Streckbewegung der Wirbelsäule zu Stande; der Vorgang kann natürlich nur dort erfolgen, wo eine physiologische Überstreckung möglich ist, also am ausgiebigsten am Halse, danach an der Lendenwirbelsäule. Es kann so durch das Zusammensinken der Bogen die Inflexion bei nicht zu ausgedehntem Körperverlust paralysirt werden. An der Brustwirbelsäule kommt das Zusammensinken der hinteren Partie der Wirbelsäule nicht zu Stande, da hier die Möglichkeit der Hyperextension kaum vorhanden ist. Desshalb finden wir gerade da die ausgedehnteste Buckelbildung, welche am stärksten im Bereiche der oberen Dorsalwirbelsäule konstatirt wird. Diese Resultate entsprechen genau den pathologischen Präparaten.

Kompensatorische Lordosen treten ohne Behandlung erst gegen Ende des Processes auf, da im entzündlichen Stadium die Muskelkrämpfe dagegen arbeiten; bei rationeller Behandlung kann jedoch die kompensatorische Lordose begünstigt werden.

M. bespricht ferner die sekundären Veränderungen, Missgestaltung des Brustkorbes, Alteration der großen Gefäße, die Bahnen der Senkungsabscesse. Die Ursache der Paraplegie war in verschwindend wenig Fällen durch direkten Druck eines Knochenfragmentes, gewöhnlich durch Druck des tuberkulösen Herdes bedingt.

Vor dem 3. Jahre ist kaum der Anfang der Konsolidation der Wirbelsäule zu erwarten, gewöhnlich tritt zuerst eine Vereinigung der hinteren Partien auf. Hyperostosenbildung hat M. nur bei Spondylitisfällen, welche lange Zeit hindurch mit Fisteln kombinirt waren, gefunden, er führt die Entstehung auf eine Sekundärinfektion zurück. Bei geschlossenen aseptischen Processen war auch nie eine Spur zu finden.

Was die Therapie betrifft, so will M. den Gebrauch des Korsetts zu Gunsten der horizontalen Rückenlagerung eingeschränkt wissen. Er führt die letztere durch Lagerung auf einer mit fixirenden Ban-

dagen versehenen Matratze, welche über dem Buckel erhöhbar ist, durch. Nur bei höheren Rücken- und Halserkrankungen wendet er noch außerdem das Lorenz'sche Gipsbett an.

Die ambulatorische Behandlung mit Korsetts findet bei einfachen Fällen, welche ohne Schmerz, Abscess oder Gefahr der Lähmung einhergehen, ausgiebige Anwendung. M. wendet das inamovible Gipskorsett an, welches bei Lenden- und unteren Brustwirbelerkrankungen in horizontaler Bauchlage bei lordotischer Stellung der Wirbelsäule angelegt wird. Bei höher sitzenden Erkrankungen kommt eine in Suspension angelegte Minerva zur Anwendung. M. will den Buckel durch supra- und infragibböse Lordosirung kompensiren. Das abnehmbare Korsett kommt erst in einer späten Periode der Heilung in Anwendung. Die ambulatorische Behandlung wird zeitweise durch Lagerung unterbrochen.

Bei der Besprechung der Geschichte des Redressements wendet M. sich energisch gegen die Calot'sche Buckeleindrückung. Sein Urtheil lautet, dass auch durch kein Faktum irgend ein Vortheil durch das Redressement bewiesen ist. Dagegen bringt er eine große Reihe von Unglücksfällen, welche die Operateure, zum großen Theil Calot selbst erlebt haben.

Abscesse werden punktirt und neuerdings mit Kampherthymol injicirt.

Bei Lähmungen hat M. durch die Laminektomie sehr häufig nicht den geringsten Erfolg gesehen. Er wendet desshalb seine schon früher beschriebene Kostotransversektomie an; indem er nach Fortnahme eines hinteren Endes einer Rippe und des zugehörigen Transversalfortsatzes an den Herd selbst herangeht und ihn drainirt. Er hat mit dieser Operation in 13 Fällen sofortigen Erfolg, in 6 Fällen nach einigen Wochen bis 3 Monaten Heilung eintreten sehen; nur in 5 Fällen war sehr späte Besserung oder Misserfolg zu verzeichnen.

So gut die Erfolge sein mögen, so wenig nachahmenswerth scheint dem Ref. die Operation zu sein, da sie einen ausgedehnten, tief gelegenen tuberkulösen Herd eröffnet, ohne auch nur im Entferntesten die Möglichkeit zu seiner Ausräumung zu bieten. M. ist sich dessen wohl bewusst, doch hat er durch die nachfolgende oft profuse Eiterung angeblich keine Schädigung gesehen. Wir möchten eher eine ausgedehntere Laminektomie vorschlagen.

Drehmann (Breslau).

---

12) **K. Port** (Nürnberg). Zur Frage der Heilbarkeit der habituellen Skoliose.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 47.)

Unter Hinweis auf die anatomischen Veränderungen der skoliotischen Wirbel zeigt P., dass unsere therapeutischen Versuche, durch Regulirung der Druckverhältnisse eine Gestaltsverbesserung der Wirbel herbeizuführen, nur dann von Erfolg sein können, wenn der Knochen noch im Wachsthume ist, dass nach Aufhören des

letzteren dagegen jeder Versuch einer Korrektion der Wirbelsäulenverkrümmung vollkommen aussichtslos sei. Dem entsprechend hält P. eine nahe an Heilung grenzende Besserung nur bei ganz jungen Individuen, etwa bis zum 8. Jahre, bei andauernder und energischer Behandlung für erreichbar und stellt die Prognose mit zunehmendem Alter der Kinder immer weniger günstig. **Kramer** (Glogau).

---

13) **Vulpius.** Der heutige Stand der Skoliosenbehandlung.
(Separatabdruck aus: Deutsche Praxis III. Jahrg. Hft. 14—16.)
München, Seitz & Schauer, 1900. 13 Abb. 41 S.

V. wendet sich in erster Linie an den praktischen Arzt; er will keine neue Methode empfehlen, sondern zeigen, mit welchen Mitteln und Erfolgen die heutige Orthopädie die Skoliose zu bekämpfen sucht.

Verf. glaubt, dass von einer ambulanten Behandlung wenig zu erwarten, dass vielmehr die Skoliose nur einer Anstaltsbehandlung zugängig ist. Er führt die Behandlung so durch, dass täglich 5 Stunden mit Gymnastik und Massage, $1^1/_2$ Stunde mit Extension ausgefüllt wird, dazwischen sind Pausen eingeschaltet, welche zum Aufenthalte und Spielen im Freien und zu den Mahlzeiten benutzt werden. Nachts liegen die Pat. im Gipsbette, welches, event. zweitheilig auf einem Gleitbrette befestigt, extendiren und der Torsion entgegenwirken soll. Nach der Mobilisirung der Wirbelsäule glaubt V. in dem gut sitzenden orthopädischen Stützkorsett ein Mittel zu haben, das erreichte Resultat festzuhalten. **Drehmann** (Breslau).

---

14) **Schanz** (Dresden). Über die Gipsbehandlung der Skoliose.
(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 46.)

Davon ausgehend, dass die früheren Misserfolge der Sayre-schen Gipsbehandlung der Skoliose durch Fehler in der Methode bedingt waren, sucht S. zunächst die Frage zu beantworten, ob, unter welchen Bedingungen und auf welche Weise wir Nutzen von redressirenden Verbänden in der Skoliosenbehandlung erreichen können, indem er als Aufgaben der letzteren die Austilgung des skoliosirenden Processes und die Korrektion der jeweils erzeugten Deformität hinstellt. Für die Lösung der ersteren Aufgabe hält. S. die Verbände für nicht in Betracht kommend. Wenn er durch diese die Korrektion der fertigen Deformität für erreichbar erachtet, so fordert er jedoch, dass die Gipsbehandlung auf eine möglichst kurze Zeit beschränkt und nach ihr auch der Indikation der Austilgung des skoliosirenden Processes und der Verhütung des Recidives durch geeignete Maßnahmen — Stützapparat, redressirendes Gipsbett, Kräftigung der Konstitution etc. — genügt werde. In welcher Weise S. in geeigneten Fällen die Gipsverbände anlegt, ist von ihm an

anderer Stelle — s. Ref. in d. Centralblatte p. 1072 — beschrieben worden.

Kramer (Glogau).

---

15) **O. Hahn.** Zur Diagnostik der malignen Strumen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXVIII. p. 706.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von bösartigem Kropf aus der v. Bruns'schen Klinik, bei welchen die Diagnose durch Probeexcision thrombosirter Venenstämme am Halse gesichert werden konnte. Wie anschließend bemerkt wird, finden sich thrombosirte Venen bei bösartigen Kröpfen gar nicht selten und dürfen schon von vorn herein als ein sehr wahrscheinliches, wenn auch nicht absolut sicheres Zeichen bösartiger Degeneration angesehen werden. Volle Gewissheit wird aber nur durch die Probeexcision gewonnen. Sie ist ein relativ unbedeutender Eingriff und hat ihre Berechtigung in allen Fällen, in welchen sonst eine sichere Diagnose einer bösartigen Struma nicht gestellt werden kann. Ein positiver Ausfall der Excision erspart zugleich einen größeren Eingriff, weil bösartige Kröpfe mit carcinomatösen Venenthrombosen nicht mehr operabel sind.

Honsell (Tübingen).

---

16) **E. Hertoghe.** Le myxoedème franc et le myxoedème fruste de l'enfance.

(Nouvelle iconographie de la salpêtrière 1900.)

Als Fortsetzung einer im vorigen Jahre an derselben Stelle erschienenen Arbeit giebt Verf. auf zwei Tafeln etappenweise Darstellungen von der hervorragenden Wirkung des Thyreoidin im Wachsthumsalter.

Auf die schwierige Erkennung der unausgesprochenen Formen wurde H. einmal nur durch eine auffällige Alopecie hingeleitet. Solche Alopecien verschwinden gleichfalls unter Thyreoidin in sehr kurzer Zeit.

Zur Unterstützung der Diagnose dieser nur wenig angedeuteten Formen sei es auch wichtig, die Eltern, besonders die Mütter ins Auge zu fassen. Dieselben weisen sowohl anamnestisch als bei der Untersuchung gewisse Degenerationszeichen auf, von welchen einige auf zwei Tafeln ersichtlich sind.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

17) **Donati.** Über die Anwendung des ausgezogenen Drainrohres Behufs Erweiterung natürlicher und künstlicher Kanäle des Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Methode der »Sondirung ohne Ende« nach v. Hacker.

(Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1900. No. 38—40.)

Ein Gummirohr wird dünner, wenn es durch Zug an den Enden ausgezogen wird, und ist bestrebt, nach Aufhebung des Zuges das ursprüngliche Volumen wieder anzunehmen, muss also, in aus-

gezogenem Zustande in enge Kanäle gebracht, allmählich dilatirend wirken. Diese Eigenschaften der elastischen Drainröhren benutzt v. Hacker seit 1884, um Fistelgänge offen zu halten und pathologische Verengerungen natürlicher Wege, wie Kehlkopf, Speiseröhre, Harnröhre, Mastdarm etc., zu beseitigen. Zu diesem Zwecke werden Gummiröhren über Metall- oder Fischbeinsonden, die mit Vaselin oder Glycerin bestrichen sind, ausgezogen und durch Umlegen der Enden in der Spannung erhalten. Nach der Einführung wird die Sonde unter Zurücklassung des Drains entfernt.

Diese dilatirende Wirkung verwendet v. Hacker bekanntlich auch bei der »Sondirung ohne Ende« der Speiseröhrenstrikturen.

In einer Schlussübersicht führt Verf. die Principien an, welche v. Hacker bei der Behandlung der Ösophagusstrikturen durchführt:

1) Die Anwendung des ausgezogenen Drains ist sowohl für die Dilatation der natürlichen Kanäle, als auch zur Vermeidung der frühzeitigen Schließung von Fisteln oder von fistulösen Gängen zu empfehlen.

2) Bei den Narbenstrikturen der Speiseröhre ist die Anwendung dieser Methode nicht nur mit sehr geringen Gefahren verbunden, sondern sie ist überdies sehr wirkungsvoll und bereitet das Terrain zur weiteren Dilatation mit den gewöhnlichen Bougies vor.

3) Bei den krebsigen Stenosen der Speiseröhre (wo die Gastrostomie nicht möglich ist oder verweigert wird) dient diese Methode zur Erweiterung der Striktur und erhöht dadurch die Möglichkeit der Ernährung.

4) Bei den narbigen Ösophagusstenosen ist die Gastrostomie, wenn die Erweiterung mit der Sondirung keine Fortschritte macht und die Sondirung gefährlich ist, immer angezeigt, auch dort, wo die Striktur durchgängig ist.

5) Bei den undurchgängigen Narbenstenosen der Speiseröhre ist die Gastrostomie stets am Platze, da bekanntlich nach dieser die Striktur durchgängig werden kann. Auf die Gastrostomie nach v. Hacker soll die Sondirung ohne Ende folgen. Um die Gefahr von Decubitus in der Gegend des Cricoidknorpels und von Entzündungsprocessen in den Luftwegen hintanzuhalten, darf das Drain nicht allzu lange Zeit in der Speiseröhre gelassen werden.

6) Bei den impermeablen Krebsstenosen ist die Gastrostomie sofort auszuführen, und zwar nach der kombinirten Methode v. Hacker-Witzel oder einer anderen Methode mit gutem Abschlusse. Auch bei noch durchgängigen krebsigen Stenosen ist der Chirurg berechtigt, die Gastrostomie vorzunehmen, namentlich sobald der Kranke sich nicht mehr im Körpergleichgewichte halten kann, da mit den heutigen Methoden eine absolute Kontinenz der Magenfistel zu erzielen ist. **Buchbinder** (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

113. Sitzung am Montag, den 10. December 1900 im Kgl. Klinikum.
Vorsitzender: Herr Israël.

Vor der Tagesordnung macht der Vorsitzende der Versammlung die Mittheilung von dem vor Kurzem erfolgten Ableben des berühmten französischen Chirurgen Ollier.

Zu Ehren des Verstorbenen, der stets die engsten Beziehungen zu Deutschland unterhalten und im Jahre 1890 zum Ehrenmitgliede der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ernannt wurde, erheben sich die Anwesenden von ihren Sitzen.

Herr Lexer: Entfernung eines großen retroperitonealen Lipomes mit Ausgang in Heilung.

Der 54jährige Pat. bemerkte angeblich erst seit Oktober v. J. ein Dickwerden seines Leibes. Anfangs empfand er nur das unangenehme Gefühl der Schwere, später traten auch Schmerzen innerhalb der Bauchhöhle auf, so dass er arbeitsunfähig wurde; schließlich wurde er sehr schwach und magerte immer mehr ab, zumal er wegen der Fülle im Leibe nur wenig Nahrung zu sich nehmen konnte. In ganz elendem Zustande wurde er in die v. Bergmann'sche Klinik aufgenommen.

Das ganze, sehr stark vorgetriebene Abdomen wurde bis zur Magengegend von einer Tumormasse eingenommen, deren Oberfläche sich zum Theil glatt, zum Theil knollig anfühlte, und die an den meisten Stellen von dicker Konsistenz war, an einzelnen Stellen Fluktuation vortäuschte. Sie hatte die Därme größtentheils nach oben ins Epigastrium gedrängt und saß an der hinteren Wand so fest, dass eine seitliche Beweglichkeit vollkommen ausgeschlossen war. In die Beckenhöhle erstreckte sich der große Tumor nicht.

Die Diagnose war natürlich großen Schwierigkeiten unterworfen. Eine Probepunktion an einer fluktuirenden Stelle in der Linea alba hatte keinen Erfolg. Auch die Incision der an der rechten Seite vorhandenen Hydrocele war in so fern ohne Ergebnis, als man den Testikel normal fand, aber auch nichts, was einen primären, hinter der Hydrocele versteckten Hodentumor als Ursache des Bauchtumors beschuldigen konnte.

Das scheinbar schnelle Wachsthum des Tumors, seine feste Verbindung mit der hinteren Bauchwand, die Abmagerung und die große Schwäche des Kranken ließen fast keinen Zweifel an der bösartigen Natur der Neubildung und verboten, zunächst wenigstens, jeden erheblichen Eingriff. Als sich aber der Kranke während eines 2monatlichen Aufenthaltes in der Klinik immer mehr erholte und kräftiger wurde, ohne dass ein Wachsthum des Tumors auffiel, unternahm L. am 5. September d. J. die Operation.

Die Vorderfläche der Geschwulst lag der Bauchwand unmittelbar an, da das Netz und der ganze Dünndarm mit seinem Mesenterium ins Epigastrium verlagert war.

Es ergab sich, dass das hintere Bauchfellblatt die Vorderfläche der Geschwulst bekleidete, und ihr Aussehen, wie ein Einschnitt in die Neubildung lehrte, dass es sich um ein Lipom handelte. Das Peritoneum wurde abzulösen versucht, doch war das nicht in der ganzen Ausdehnung des riesigen Tumors möglich. Darauf konnte aus der Mitte der Geschwulstmasse ein abgekapselter Abschnitt, der an seiner Basis einen Durchmesser von 35 cm hatte, stumpf mit den Händen aus seiner Umgebung gelöst werden, wobei größere Gefäße im retroperitonealen Gewebe gefasst und unterbunden werden mussten. Etwas leichter war die ebenfalls stumpfe Entfernung einer Kette von ähnlich abgekapselten und zusammenhängenden kindskopfgroßen Lipomen, welche wie ein Kranz die Basis des zuerst entfernten Tumors umlagerten. Ein fast mannskopfgroßes, rundliches Lipom reichte

von dieser Tumorenreihe bis nahe an die Milz, bis zu welcher sein oberer Pol den linken Abschnitt des Mesocolon transversum vorgewölbt hatte. Dieses war mit dem Tumor so fest verwachsen, dass ein Einriss bei seiner Lösung entstand, und ein größeres Gefäß im Gekröse unterbunden werden musste. Dieser Einriss wurde mit einigen Nähten verschlossen. Nach Entfernung all dieser Tumormassen konnten noch 5 hühnerei- bis faustgroße Lipome festgestellt werden, welche getrennt von einander am Ansatze des Mesenteriums, dann zu beiden Seiten des Colon ascendens und descendens ihren Sitz hatten und theilweise von kleinen kirschkern- bis nussgroßen Lipomknoten umgeben waren. Auch diese Gebilde lagen subperitoneal. Ein faustgroßes Lipom an der Außenseite des Colon ascendens wurde noch ausgeschält; alle übrigen zu entfernen war bei der Größe des bisherigen Eingriffes, trotzdem dieser erst 45 Minuten gedauert hatte, nicht rathsam. Es wurde desshalb unter Zurücklassung der kleinen Lipome die Bauchhöhle verschlossen, und zwar vollkommen, ohne Tamponade, da nirgends in der Tiefe eine blutende Stelle mehr bemerkt wurde. Die Heilung verlief glatt.

Nach 3 Wochen konnte der Pat. das Bett, bald darauf die Klinik verlassen.

Die entfernten Tumoren hatten ein Gesammtgewicht von 21 Pfund. Als Ausgangspunkt der multiplen Neubildungen ist das retroperitoneale Bindegewebe anzusehen; das Beckenbindegewebe war im Gegensatze zu dem von König jun. operirten und letal verlaufenen Falle, dessen Präparat in der Junisitzung demonstrirt worden ist, vollkommen frei.

Der vorgestellte Pat. hat sich bisher so sehr erholt, dass er leichte Arbeit wieder verrichten kann. Von den zurückgebliebenen Tumoren sind in der linken Bauchseite flache Erhebungen zu fühlen.

In der Diskussion darüber fragt Herr Israel, ob Herr Lexer das hintere Bauchfellblatt vernäht habe?

Herr Lexer: Bei der unregelmäßigen und riesigen Oberfläche ist es zu verstehen, dass das hintere Bauchfellblatt nicht vollkommen vom Tumor gelöst werden konnte. Die übrig gebliebenen Lappen des Bauchfelles legten sich von selbst über die große Wundfläche der hinteren Bauchwand, welche nur ganz wenig Nähte nothwendig machten.

Herr Baur: Untersuchungen über gonorrhoische Gelenkentzündungen.

Über diese Erkrankung liegen Publikationen vor von König, Nasse, Benecke u. A., die besonders klinische Beobachtungen brachten. Zur Klärung der Ätiologie wurden neuerdings von Wiener und italienischen Forschern auch Thierexperimente vorgenommen, die beweisen, dass das Thier nicht so unempfänglich ist, als allgemein angenommen wird. Außerdem konnte durch Gonokokken, aus einem gonorrhoischen Gelenkexsudat rein gezüchtet, in der Harnröhre des Menschen eine echte Gonorrhoe erzeugt werden.

Über den Procentsatz der in den Gelenkergüssen gefundenen Gonokokken differiren die Angaben der Autoren außerordentlich, häufig wurden auch Staphylokokken und Streptokokken gefunden, in negativen Fällen wurden die Stoffwechselprodukte als das krankmachende Agens angeschuldigt.

Desswegen stellte sich Vortr. die Aufgabe, nachzuforschen, ob thatsächlich die Gonokokken die Gelenkerkrankung erzeugen oder nicht, und wie die verschiedenen Resultate zu deuten seien.

Wegen der geringen Menge der aus den Gelenken erhaltenen Flüssigkeit verzichtete B. von vorn herein auf die mikroskopische Untersuchung und verimpfte die Flüssigkeit sofort auf Nährboden. Derselbe bestand aus Serumalbumin mit 2% Nutrosezusatz (nach Wassermann). Vor der Punktion wurde die Haut desinficirt und mit Paquelin angesengt.

Zur Untersuchung benutzte B. möglichst frische Fälle, weil die Gonokokken leicht absterben, und leicht eine Mischinfektion entsteht. Von 27 untersuchten Fällen ergaben 19 — also 60% — ein positives Resultat. In einem Falle fanden sich Staphylokokken, die als eine Mischinfektion, vielleicht auch als Verunreinigung gedeutet werden können.

B. konnte nachweisen, dass sich Gonokokken nur in »frischen« Erkrankungsfällen fanden, d. h. bis zum 6. Krankheitstage; vom 7., 8. und folgenden Tagen an waren seine Untersuchungen negativ. Daraus erklärt sich wohl, dass die früheren Untersucher bei dem negativen Ausfalle zu »alte« Fälle untersucht hatten, und dass an dem Vorkommen noch anderer Bakterienarten mangelhafte Sterilisation des Nährbodens oder sekundäre Mischinfektion die Schuld trägt.

B. hat auch die Umgebung der geschwollenen Gelenke punktirt, aber ohne Erfolg; die Schwellung ist also wohl durch die Toxine der Gonokokken bedingt. Werden Gonokokken in die Gelenke und das Peritoneum von Thieren gebracht, so werden sie unter ganz leichten Krankheitserscheinungen schnell abgetödtet. Toxine hingegen verursachen schmerzhafte Infiltration wie beim Menschen und häufig nachfolgende Versteifungen. Die Versuchsthiere sind also immun nur gegen die Gonokokken, nicht gegen deren Giftstoffe.

Die Behandlung war eine durchwegs konservative, mit guten Resultaten; die Nachuntersuchung ergab nur ausnahmsweise Ankylosen. Möglich ist, dass gleichzeitig gegebenes Jodkali und Jodipin günstig wirkten; mit Antikörpern wurden keinerlei Erfolge erzielt.

Herr Helbing: Rissfraktur des Calcaneus.

Die Schilderung der 50jährigen Pat., wie sie sich den Unfall zugezogen, ist recht charakteristisch. Auf einem Stuhle stehend, sei sie mit dem rechten Fuße nach rückwärts getreten, in dem Glauben, ihr Fuß würde beim Aufsetzen den Stuhlsitz noch erreichen. Statt dessen sei sie aber mit den Fußspitzen auf den Boden gekommen. Sogleich empfand sie einen äußerst heftigen Schmerz, war aber noch im Stande, mit dem Fuße aufzutreten.

An der Fußsohle, eben so im Abstande der Malleolen von einander und von der Sohle konnte keine Differenz gegenüber links konstatirt werden. Dagegen fand sich eine 2 cm hohe leichte Vorwölbung an Stelle des Achillessehnenansatzes, die die Furchen zu beiden Seiten der Sehne ausglich und sich teigig anfühlte.

Auf der Photographie, die 6 Monate nach dem Unfalle aufgenommen ist, sieht man an der entsprechenden Stelle jetzt eine quere Einziehung. Oberhalb dieser Geschwulst drohte ein spitzer Knochenvorsprung die Haut, die durch den Druck schon anämisch geworden war, zu perforiren. An diesem Fragmente inserirte die Achillessehne, die bei der noch aktiv möglichen Plantarflexion sich deutlich spannte. Eine Annäherung beider Fragmente war auch bei der stärksten passiven Plantarflexion nur um ein Geringes möglich. Bei der Gefahr der Durchstechung der Haut von Seiten des oberen Fragmentes und bei der geringen Funktionsstörung begnügte man sich, mit Heftpflasterstreifen einer weiteren Dislokation der Knochenfragmente entgegenzuwirken. 4 Wochen später konnte Pat. geheilt entlassen werden.

Das Skiagramm zeigt, dass die Bruchlinie unmittelbar unterhalb der Insertion der Achillessehne beginnt, in einem Winkel von 45° nach oben und vorn ausstrahlt und nur ca. $^3/_5$ des Calcaneus durchtrennt. Durch die Elasticität des Calcaneus konnte der Zugwirkung der Achillessehne gewissermaßen ihr Tribut gezollt und das obere Fragment 45° nach oben geklappt werden, ohne dass eine vollkommene Kontinuitätstrennung eintreten musste. Dieser Zusammenhang der beiden Fragmente erklärt auch die geringe funktionelle Störung.

Derselbe: Demonstration seltener retro- und properitonealer Geschwülste.

Der Ursprung derselben konnte weder durch die Operation noch durch die histologische Untersuchung sicher aufgeklärt werden.

Das 1. Präparat stammt von einer 60jährigen Pat., deren Abdomen durch starken Flüssigkeitserguss aufgetrieben war. Nach der Entleerung von $5^1/_2$ Liter wurde an anderer Seite ein kindskopfgroßer Tumor in der Unterbauchgegend festgestellt. 4 Tage nachher war das Abdomen nach erneutem Flüssigkeitsergusse wieder so hoch gespannt, dass der Nachweis des Tumors unmöglich war.

Bei der Laparotomie konnte nach Entleerung von $2^1/_2$ Liter Flüssigkeit an dem Bauche nichts Pathologisches wahrgenommen werden. Nur gelang es nicht, die rechten Uterusadnexe nachzuweisen.

Im unteren Wundwinkel fand sich nahezu in der Mittellinie ein properitoneal gelegener, apfelsinengroßer Tumor, der im Cavum Retzii sich entwickelt hatte, dem Scheitel der Blase aufsaß und keinen Zusammenhang mit dem Becken hatte.

Nach Exstirpation dieser Geschwulst ist die Pat. bis auf den heutigen Tag geheilt geblieben, insbesondere hat sich kein Ascites mehr eingestellt.

Der apfelgroße Tumor setzt sich zusammen aus einem walnussgroßen, dünnwandigen und zweitens aus einem annähernd gleich großen Tumor, dessen Wandung von einer harten Knochenschale gebildet wird und als Inhalt einen atheromähnlichen Brei besitzt.

Mikroskopisch enthält dieser Brei Cholestearin, aber keine Haare, die Knochenschale lässt keine Gewebsstruktur erkennen. Die Cystenwand lässt 3 Schichten unterscheiden.

Trotzdem, dass viele Querschnitte der Cyste untersucht wurden, fanden sich keine anderen epithelialen oder organoiden Gebilde, so dass an eine teratoide Bildung nicht gedacht werden kann. Die Cyste von Resten der Allantois resp. des Urachus abzuleiten, ist nicht angängig, da diese Gebilde zu keiner Zeit ihres Bestehens Träger von Flimmerepithelien sind. Vielleicht handelt es sich um abgesprengte Reste des Parovariums, die die Bildung der Cyste veranlasst haben.

Das 2. Präparat stellt einen retroperitonealen cystischen Tumor dar, welcher in der Gegend des Pankreasschwanzes seinen Gefäßstiel hatte, ohne dass irgend ein Zusammenhang mit dem Pankreas selbst nachzuweisen gewesen wäre.

Bei der Operation wurde, da der Tumor solide Partien aufwies, die Exstirpation beschlossen, und zwar durch das Lig. gastro-col. hindurch. Dieselbe gestaltete sich überaus schwierig. Auch riss während der Operation die Wand an einer dünnen Stelle ein, und es entleerten sich große Mengen schokoladenbrauner Flüssigkeit neben größeren, granulationähnlichen, weichen, röthlichen Gewebsmassen.

Pat. überstand diesen schweren Eingriff überaus leicht und konnte einen Monat nach demselben bereits als geheilt entlassen werden.

Die chemische und mikroskopische Untersuchung der in der Cyste vorhandenen Flüssigkeit ergab keinen Anhaltspunkt für die Natur des Tumors.

Der 3. Tumor, dessen topographische Lage Vortr. durch eine Zeichnung schematisch dargestellt hat, musste nach den klinischen Befunden als Nierentumor gedeutet werden. Um so mehr war man erstaunt, als bei der Operation nach Spaltung der Fettkapsel die linke Niere vollkommen intakt war, ihre Hilusgegend aber breitbasig und mit derselben fest verwachsen ein fluktuirender Tumor sich präsentirte. Nach ausgiebiger Freilegung des retroperitonealen Raumes wurde mit der Ausschälung der Cyste begonnen. Dabei zeigte sich, dass die kugelige, abdominelle Geschwulst nur den Ausläufer einer erheblich größeren, subphrenisch und subkostal gelegenen darstellte.

Es gelang die Ausschälung des Tumors mit Erhaltung der Niere; die Pat. erholte sich jedoch nicht mehr und starb 9 Stunden nach der Operation im Collaps. Aus der leider nur unvollständig möglichen Autopsie ging das Intaktsein der linken Niere und Nebenniere hervor.

Herr Mühsam: Über Holzphlegmone.

Charakteristisch für diese Erkrankungsform ist die holzharte Entzündung des Bindegewebes vorn und seitlich am Halse, selten an anderen Stellen des Körpers. Die Entwicklung geht langsam und ohne die sonst gewöhnlichen Erscheinungen (Ödem, Schmerzen, Fluktuation, Abscedirung) vor sich, eine Verwechslung mit einem Tumor ist leicht möglich.

Der von M. im Krankenhause Moabit beobachtete Fall war ein 35jähriger Mann, der im 17. Jahre Syphilis gehabt und jetzt wegen Bronchopneumonie aufgenommen worden war. Es entwickelte sich allmählich eine Geschwulst, die das ganze Halsdreieck bis zum Zungenbeine und Jugulum einnahm; das Ödem setzte

sich bis zum Sternum fort. Der laryngoskopische Befund war negativ. Nachdem die Geschwulst so einen Monat bestanden, stellte sich links eine Erweichung ein, aus der graugelbe, eitrige Masse ausfloss, die keine Bakterien enthielt. Trotz Incision blieb die Geschwulst bestehen, die Wunde schloss sich vollständig erst nach 9 Monaten.

Auffällig war, dass Pat. fieberfrei war, bis auf mehrmalige vorübergehende Temperatursteigerung auf 38,5.

In der Diskussion fragt Herr v. Bergmann, ob man nach Aktinomykose geforscht?

Herr Mühsam: Ja, aber man habe keine Anhaltspunkte dafür gefunden.

Herr Köhler hat mehrere ähnliche Fälle beobachtet, die unter Jodkalibehandlung ausheilten, also wohl durch Syphilis bedingt waren.

Herr Mühsam hat Jodkali ohne Erfolg verwandt.

Herr Langenbuch räth zu frühzeitigen Incisionen. Er fand in mehreren analogen Fällen doch ganz kleine Eiterherde, und nach der Incision schwand das Infiltrat.

Herr Wulff: Angeborener Defekt beider Schlüsselbeine.

Statt der Schlüsselbeine fühlt man an dem vorgestellten jungen Manne nur je eine 6 cm lange, harte Spange, die, nach dem Röntgenbilde zu schließen, nur aus Knorpel besteht. Auch der Kopf, das Gesichtsskelett und die Zähne zeigen Anomalien; die Lambdanaht tritt stark kervor, in der Gegend der Hinterhauptfontanelle findet sich eine starke Aushöhlung.

Rachitis ist nicht vorhanden, die Eltern zeigen keinerlei Defektbildung.

Derselbe: Über Gefäßzerreißungen bei Spontangangrän jugendlicher Individuen.

Bei den beiden von W. beobachteten Pat., die bis dahin völlig gesund waren, begann die Erkrankung unter dem Bilde von Neuralgien an den Beinen; die nachfolgende Gangrän machte die Amputation nöthig.

Die Nerven zeigten keine Verwachsungen mit den Gefäßen; bindegewebige Veränderungen waren nicht vorhanden, auch an den Venen fand sich, außer Thromben, die häufig organisirt waren, nichts Auffälliges.

Das Lumen der Arterien war verengt, in der Schnittfläche zeigte sich graues, sulziges Gewebe. An den verschlossenen Partien fand sich zellreiches Bindegewebe mit Lückenbildung und scholligem Pigment (Blutfarbstoff); wo das Lumen offen ist, ist die Adventitia stark gefaltet, Muscularis verdickt, anscheinend in starker Kontraktion sich befindend. Die ganz kleinen Gefäße sind normal. — Die Deutung dieser Processe ist noch nicht genügend geklärt. Winiwarter erklärt die Veränderungen als eine Endarteriitis, v. Zoege-Manteuffel als organisirte Thromben, A. Fraenkel als durch Alteration der Gefäßnerven bedingt.

Herr Israël fügt hinzu, dass die betreffenden Pat. aus Russisch-Polen stammten, dass er die Krankheit nur an Männern beobachtet und dass sie sehr starke Cigarettenraucher waren.

Zandek: Zur Topographie des Nierenbeckens.

Vortr. verbreitet sich über die Lagebeziehung des Nierenbeckens zu seiner Umgebung bei normaler Lage, bei Heterotopie der Niere, bei gerader und bei Verkrümmung der Wirbelsäule. Die Heterotopie ist angeboren oder erworben, als Wanderniere. Die Wanderniere ist jedoch nach einigen hervorragenden Autoren auch eine ursprünglich heterotop gelagerte Niere, ihre Form und Disposition darum abnorm; sie gehört dann an die sonst normale Stelle nicht hin und ist bei einer etwaigen Operation in ihre kongenitale Lage zurückzubringen.

Vortr. spricht dann über die Lagebeziehung des Beckens zur Niere selbst, so weit es an und in der Niere gelegen ist. Die Längsachse ist oft von oben centralwärts nach unten dorsalwärts gerichtet. Das Becken liegt mit seinem horizontalen Durchmesser gewöhnlich etwas, zuweilen erheblich unterhalb der Mitte

der Niere. Vortr. macht unter Demonstration einer großen Zahl von Präparaten auf die Bedeutung der Befunde für die Nephrolithotomie aufmerksam.

Sarfert (Berlin).

19) **B. N. Xolzow.** Fall von Kraniotomie wegen traumatischer intrakranieller Blutung.

(Botkin's balnitschnaja gaseta 1900. No. 10. [Russisch.])

Der 29jährige Pat. erlitt 8 Tage vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus in sinnlos betrunkenem Zustande ein Trauma, auf welches ein schon in der Resorption begriffener unbedeutender Bluterguss in der linken Stirn-Schläfengegend hinweist. Über die Art des Traumas ist nichts zu eruiren gewesen. Das Bemerkenswerthe des Falles besteht in der 10tägigen Dauer des »lichten Intervalles«, d. h. des Zeitraumes zwischen der Verletzung und dem Eintritte der durch sie bedingten Symptome. In den ersten Tagen nach der Verletzung arbeitete Pat. noch, nur bestanden sehr starke Kopfschmerzen. Bei der Aufnahme ins Spital bestanden außer einer Verlangsamung des Pulses auf 46 Schläge keine Symptome, die auf eine intrakranielle Blutung schließen lassen konnten. Erst am 10. Tage traten diese plötzlich in Form von Bewusstlosigkeit, Krämpfen aller Extremitäten ein. Am nächsten Tage außerdem Parese der rechten Extremitäten und des rechten Facialis, erweiterte (besonders rechts) reaktionslose Pupillen. Bei der Eröffnung des Schädels an der Stelle des Traumas fand sich ein intraduraler Bluterguss, der durch kranzförmige Spaltung der Dura entleert wurde. Völlige Wiederherstellung. Im Anschlusse an diesen Fall erörtert Verf. die Diagnose der intrakraniellen Blutungen und die Bedeutung, welche dem »lichten Intervall« hierbei zukommt, die Prognose und die Technik der Operation zu ihrer Beseitigung. Wesentlich Neues bieten seine diesbezüglichen Ausführungen nicht.

P. Rathcke (Berlin).

20) **A. Ebstein.** Über Tonsillitis chronica leptotricia bei Kindern.

(Festschrift f. **Abraham Jacobi.** Knickerbocker Press, New York, 1900.)

Verf. berichtet über 5 Fälle der besonders bei Kindern seltenen Affektion. Das trockene Aussehen der festhaftenden grauweißen Beläge und die mikroskopische Untersuchung ermöglicht die Diagnose, die jedoch sehr erschwert wird, sobald Entzündungserscheinungen bestehen. Letztere hängen mit der genannten Erkrankung jedoch nicht zusammen.

Alle Art Pinselungen und Ätzungen haben sich dem Verf. als erfolglos gezeigt, höchstens Gurgelungen mit Haller Jodwasser haben vielleicht die Heilung beschleunigt.

Die Dauer der Affektion beträgt 1—2 Jahre. Verf. hebt hervor, dass in allen seinen Fällen die befallenen Mandeln vergrößert waren.

(Ref. sah bei einem 5jährigen Mädchen einen konfluirenden Belag der bezeichneten Art auf einer extrem flachen Tonsille.) **Fr. Göppert** (Kattowitz).

21) **D. Taddei.** Di un emoangiosarcoma endoteliale della tonsilla.

(Estratto dalla clinica moderna. Anno VI.)

Firenze, **Nicolai,** 1900. 23 S. 3 F.

Ein 40 Jahre alter Mann, sonst gesund, bemerkte am 20. April 1899, dass sich ein getreidekorngroßes Stück nekrotischen Gewebes von der rechten Tonsille loslöste. Innerhalb eines Monates bildete sich von Neuem eine Wucherung in derselben Gaumenmandel, die alsbald die Größe einer kleinen Nuss erreichte. Eine Probeexcision ergab Sarkom, daher radikale Entfernung der Geschwulst vom Munde aus (Prof. Burci). Tod am 2. August 1899 unter den Zeichen einer schweren Nervenläsion (Hirnmetastase [?]; Sektion nicht gestattet). Mikroskopisch zeigte die Geschwulst einen alveolären Bau. Die Geschwulstzellen waren in Haufen, mitunter in langen Strängen angeordnet. Im Centrum der ersteren waren, besonders an der Peripherie der Geschwulst, Hohlräume sichtbar, die theilweise

mit Blut gefüllt waren. Die Zellen besaßen einen epitheloiden Charakter, zeigten jedoch keinerlei Beziehungen zum Oberflächenepithel. Andererseits waren die Blutkapillaren vielfach erweitert und die Blutgefäßendothelien stark gewuchert, stellenweise doppelschichtig. T. dürfte somit nicht fehlgegangen sein, wenn er die Geschwulst den an sich immerhin seltenen Blutgefäßendothelien zuzählt, deren Lokalisation in der Mandel bis jetzt noch nicht beschrieben worden ist. (In mancher Hinsicht erinnerte diese Geschwulst den Ref. an einen von ihm [in Virchow's Archiv Bd. CLIV] mitgetheilten Fall, bei dem die alveolär gebauten Nester eine dendritische Zellanordnung aufwiesen, und wo die Geschwulst vom Hoden ausgegangen war.) **A. Most** (Breslau).

22) **L. Stephens.** A case of fatal homicidal fracture of the larynx.

(Guy's hospital reports Vol. LIV. London, J. & A. Churchill, 1900.)

2 Zigeuner gerathen in der Trunkenheit in Streit. Sie ringen mit einander, und während der Größere versucht, den Kopf des Kleineren herab zu drücken, um ihn zwischen die Kniee zu klemmen, erhält er von Letzterem einen Faustschlag gegen den Kehlkopf, fällt um und ist todt. Die Obduktion ergiebt keine andere Verletzung oder Abnormität am ganzen Körper, als eine Fraktur des rechten großen Zungenbeinhornes und des oberen linken Hornes des Schildknorpels, um beide Frakturstellen geringe submuköse Hämorrhagien.

Verf. fragt: warum starb der Mann? Kann plötzlicher Tod durch Bruch des Kehlkopfes erfolgen?

Diese Frage muss unbedingt bejaht werden (vergl. Handbuch der praktischen Chirurgie Bd. II, p. 151); der Tod dürfte durch Erstickung eingetreten sein. Im Übrigen ist zu bemerken, dass es keineswegs sicher nach der Schilderung ist, ob der Tod sofort, oder erst während des Herbeiholens des 1/4 Meile entfernt wohnenden Arztes eintrat. (Ref.) **R. v. Hippel** (Dresden).

23) **Th. Dwight.** Distortion of the aorta in Pott's disease.

(American journal of the medical sciences 1900. Oktober.)

D. fügt einem schon im Jahre 1897 an gleicher Stelle veröffentlichten Falle 2 weitere Beschreibungen und Abbildungen anatomischer Präparate hinzu, welche die manchmal ungemein hochgradigen Verzerrungen und Knickungen der Aorta bei Pott'schem Buckel illustriren. Die Fälle haben nicht nur Interesse als anatomische Kuriositäten, sondern zeigen auch, wie unter diesen Umständen schwere, manchmal plötzlich zum Tode führende Cirkulationsstörungen zu Stande kommen können. **R. v. Hippel** (Dresden).

24) **G. A. Adolphi.** Über die Beziehungen zwischen Auftreten der sog. Halsrippen und den Modifikationen des unteren Endes des Brustkorbes beim Menschen.

(Wratsch 1900. No. 45.)

A. beschreibt 4 Fälle dieser Anomalie. Im 1. Falle fand er beiderseits je eine Rippe am 7. Wirbel, im 2. und 3. nur auf einer Seite, auf der anderen fand sich eine embryonale Rippe, mit dem Körper und dem Querfortsatze des 7. Wirbels verwachsen. Das untere Ende des Brustkorbes war verkürzt: im 3. Falle reichte die linke Rippe des 14. Wirbels nicht bis zum Brustbeine. Im 1. und 2. Falle stehen die Rippen des 17. Wirbels weit vom Rippenbogen ab; im 1. und 3. Falle artikulieren die Rippen des 17. Wirbels nicht mit dem Querfortsatze, endlich ist in allen 3 Fällen die Rippe am 19. Wirbel kurz. — Im 4. Falle reichen die Rippen des 8. Wirbels nicht bis zum Brustbeine; die Rippen des 18. Wirbels artikuliren mit dem Querfortsatze, am 19. Wirbel sind die Rippen sehr lang, der 20. Wirbel hat freie Rippen. — In allen 4 Fällen sind also beide Grenzen des Brustkorbes, die obere und die untere, in gleicher Richtung verschoben.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

25) **v. Bókay.** Beitrag zur Beurtheilung des Werthes des Barwell-schen Verfahrens bei der Behandlung der Echinococcus-Cysten. (Echinococcus pleurae).

(Festschrift f. **Abraham Jacobi.** Knickerbocker Press, New York, 1900.)

Bei einem 5jährigen Knaben mit Echinococcus pleurae spritzte Verf. innerhalb von 5 Wochen 2mal nach Entleerung von 30 ccm Flüssigkeit etwa 20 ccm einer filtrirten 1⁰/₀₀igen Sublimatlösung ein. Außer Fieber traten weiter keine Erscheinungen auf. Die Affektion heilte mit Zurücklassung eines kleinen Bezirkes relativer Dämpfung. Im Hinblicke auf seine früheren Erfahrungen (Archiv für Kinderheilkunde 1897) empfiehlt Verf. das Verfahren, trotz der anderseitig hervorgehobenen Gefahr bei Punktion intrathorakaler Echinokokkenblasen.

Fr. Göppert (Kattowitz).

26) **Ch. Cary und I. P. Lyon.** Primary echinococcus cysts of the pleura. Report of a case of primary exogenous echinococcus cysts of the pleura, showing hyaline degeneration of the cuticle without lamellation, with notes from the literature.

(American journal of the medical sciences 1900. Oktober.)

Das hauptsächlich Interessante des Falles ist bereits in der Überschrift angedeutet. Er betraf einen 31jährigen Mulatten, der bis zu seinem 21. Jahre dauernd in naher Berührung mit Hunden gelebt hatte, übrigens aber aus einer echinokokkenfreien Gegend stammte. Mit 29 Jahren Pneumonie und anschließend rechtsseitige Pleuritis; nach Entleerung von 3 Quart klarer, gelber Flüssigkeit durch Punktion Heilung, aber bei Erkältung ein »Schwächegefühl« in der rechten unteren Brusthälfte. Im Herbst 1898 wieder rechtsseitige Pleuritis, wobei etwa 3 Quart einer gelben, mit weißlicher Materie untermischten Flüssigkeit punktirt wurden. Wohlbefinden bis Herbst 1899, wo sich ein dumpfer Schmerz in der rechten unteren Brusthälfte einstellte mit Dyspnoë bei Anstrengung, so dass Pat. bis Weihnachten arbeitsunfähig war. Zugleich bemerkte er, dass sein Urin ein weißes Sediment zeigte; er musste häufiger uriniren und hatte am Ende der Miktion in die Glans penis ausstrahlende Schmerzen. Gonorrhoe geleugnet, dagegen zugegeben, dass er mit 25 Jahren ein Geschwür am Penis mit nachfolgendem fleckigen Ausschlag über den ganzen Körper und allgemeine Knochenschmerzen hatte. Seit seiner letzten Erkrankung hat er beträchtlich an Gewicht und Kräften verloren. Niemals Ikterus.

Kleiner, anämischer, krank aussehender Mann. Temp. 98,5° F., Puls 78, Athmung 24.

Inspektion der Brust ergiebt keine Vorwölbung. Athmung oberflächlich und beschleunigt. Bei der Palpation fühlt man rechts in der Axillarlinie am Ende einer tiefen Inspiration ein sehr rauhes, verlängertes, vibrirendes Reiben von höchster Intensität. Stimmfremitus in den unteren Partien bis zum 5. Interkostalraume herabgesetzt. Perkussion ergiebt deutliche Dämpfung von der 5. Rippe abwärts, in der mittleren Axillarlinie fast absolut. Obere Dämpfungsgrenze ändert sich nur wenig bei Lagewechsel. Über der Dämpfungszone kein Athemgeräusch zu hören. Am Ende der Inspiration ein rauhes, hartes, lautes Reibegeräusch in der Axillarlinie bis zur 5. Rippe hinauf. Keine Rhonchi. — Innere Organe sonst ohne Besonderheiten. Striktur der Pars membranacea und oberflächliche Ulcerationen in der Pars prostatica, Urin 1017, leicht alkalisch, viel Albumen, kein Zucker, reichlich Eiter und spärlich hyaline Cylinder. Kein Sputum.

Diagnose: abgekapselte Pleuritis exsudativa. Probepunktion: erst beim 5. Einstiche innerhalb des Dämpfungsbezirkes im 6. Interkostalraume in der vorderen Axillarlinie strohgelbe, opalescirende Flüssigkeit gefunden, die viel Cholestearinkrystalle, reichlich Eiweiß und Spuren Zucker, aber keine Tuberkelbacillen enthält.

Nach einigen Tagen Aspiration von $^1/_2$ Liter derselben Flüssigkeit, auch erst bei der 5. Punktion.

Roswell Park spricht die Vermuthung einer Echinokokkencyste aus und operirt am 24. Februar 1900. Nach Resektion mehrer Rippen findet sich die Pleura costalis stark verdickt. Nach Eröffnung derselben findet man zur großen Überraschung die Lunge vollkommen frei und ohne Adhäsionen, auch kein abgekapseltes Exsudat. Auf der Lungenoberfläche mehrere kleine, runde, opake Knötchen, wie verkalkte Tuberkel. Nur 2 Unzen blutiger Flüssigkeit können aus der Pleurahöhle entleert werden. Dagegen entfernt die in dieselbe eingeführte Hand ohne bemerkbaren Widerstand eine weiche Masse von Citronengröße, die aus einer Menge dicht mit einander verklebter Cysten besteht. Keine Fistel im Zwerchfelle zu konstatiren, Drainage. — Im weiteren Verlaufe stiegen Temperatur, Puls und Athmung langsam an, die Kräfte nahmen ab, und Pat. ging ohne weitere besondere Symptome am 4. Mai 1900 ein. Autopsie konnte nicht vorgenommen werden.

Ganz besonders bemerkenswerth ist nun das Ergebnis der Untersuchung der aspirirten Flüssigkeit und der Cysten. Erstere war schwach alkalisch, strohgelb und beim Schütteln opalescirend. Sie enthielt ziemlich viel Eiweiß, Spuren von Traubenzucker, reichlich Cholestearinkrystalle, vereinzelte rothe Blutkörperchen, einige degenerirte Fettzellen und einige runde, farblose, an Krystalle erinnernde Körper, unlöslich in HCl. Trotz tagelangen Suchens konnten keine Skolices, Haken oder Kalkkörperchen, eben so wenig geschichtete Membranfetzen gefunden werden. Specifisches Gewicht der Flüssigkeit 1026.

Die bei der Operation entfernte Masse bestand aus eng verbackenen, hirsekorn- bis kleincitronengroßen Cysten, theils leicht von einander zu isoliren, theils fest verklebt, theils auch die einen aus der Wand der anderen hervorgehend. In der größten Cyste saßen der inneren Wand einige Blasen auf, freie Tochterblasen fehlten. Im Ganzen waren es etwa 40 Cysten. Äußerlich sah die Cystenwand sehr dünn und zart, weiß und durchscheinend aus und glitzerte von eingesprengten Krystallen; durchschnitten zeigte sie keine Neigung, sich aufzurollen. Die Innenfläche zeigte eine vergleichsweise dicke, weiche, weiße Granulationsschicht, die sich sehr leicht abstreifen ließ. Die Cysten waren alle zusammengefallen und enthielten keine Flüssigkeit; in Wasser gelegt, absorbirten sie es und quollen kugelig auf.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die äußere Wand keine lamelläre Struktur aufwies, sondern aus einer hyalinen, strukturlosen Substanz bestand, die massenhaft Cholestearinkrystalle enthielt. Die weiche Innenschicht bestand ausschließlich aus fettigem Detritus, degenerirten Fettzellen und den gleichen Krystallen. Tagelanges Suchen nach Skolices, Haken und Kalkkörperchen blieb erfolglos. Die kleinen Tochtercysten in der größten Blase zeigten genau die gleiche Struktur.

Mit Rücksicht auf die Schwierigkeit einer sicheren Diagnose wurden noch Stücke der Cysten zur Untersuchung an Prof. Welch in Baltimore und Dr. Stiles in Washington, den bekanntesten Helminthologen Amerikas, geschickt. Letzterem gelang es nach vieler Mühe, durch Auffinden von 2 Haken die Diagnose auf Echinococcus sicher zu stellen.

Die ungewöhnlich hochgradigen degenerativen Veränderungen erklären die Verff. durch den ungemein lockeren Zusammenhang mit der Pleura und der dadurch bedingten mangelhaften Ernährung. — Primäre Echinokokken der Pleura wurden einschließlich dieses Falles erst 40mal beobachtet, als exogener ist wohl der beschriebene an seinem Wachsthumsorte ein Unikum.

R. v. Hippel (Dresden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. Sonnabend, den 16. Februar. 1901.

Inhalt: **H. Wolfermann,** Die mechanische Behandlung der Unterleibsbrüche unter besonderer Berücksichtigung des Leisten- und Schenkelbruches. (Original-Mittheilung.)
1) **Poncet** und **Dor,** 2) **Sabrazès** und **Laubié,** Botryomykose. — 3) **Brocq,** 4) **Scholtz** und **Raab,** Ekzem und Impetigo. — 5) **Heidingsfeld,** Leukopathie der Nägel. — 6) **Kime,** Licht als Heilmittel. — 7) **Piffard,** Elektricität in der Dermatologie. — 8) **Nobel,** Lupusbehandlung. — 9) **Wassiliew,** Traumen der männlichen Harnröhre. — 10) **Fort,** Strikturen. — 11) **Jaia,** Ektopia vesicae. — 12) **Rizzo,** Harn und Peritoneum. — 13) **Fenger,** Harnretention durch Harnleiterungen. — 14) **Rochet,** Chirurgie der Niere und des Harnleiters. — 15) **Young,** Exstirpation der Samenblasen. — 16) **Tuffier,** Varicocele.
17) 72. Naturforscherversammlung, Sektion für Unfallheilkunde. — 18) **Alpago-Novello,** Milzbrand. — 19) **Danlos,** Multiple Fibrome. — 20) **Barthélemy,** Epithelioma benignum. — 21) **Andry,** Subepiderme Cyste. — 22) **Buggles,** Spindelhaare. — 23) **Balzer** und **Alquier,** Impetigo. — 24) **Desnos,** Resektion der Prostata. — 25) **Donotti,** Nierengeschwulst. — 26) **Prochownik,** Nephrektomie.
Berichtigung.

Die mechanische Behandlung der Unterleibsbrüche unter besonderer Berücksichtigung des Leisten- und Schenkelbruches.

Von
Dr. **Hermann Wolfermann** in Straßburg i/E.

Zu den häufigen chirurgischen Erkrankungen gehören bekanntermaßen die an verschiedenen Stellen der Bauchwand sich entwickelnden Hernien, und besonders ist es der äußere oder indirekte Leistenbruch, der das Interesse des Chirurgen vornehmlich in Anspruch nimmt. Dass sich das Interesse der Letzteren mit der zunehmenden Vervollkommnung der Anti- und Asepsis in den letzten Jahren mit Vorliebe diesen häufigen krankhaften Vorkommnissen zuwandte, denen man in früheren Zeiten nur bei drohender Lebensgefahr im Falle einer Einklemmung Aufmerksamkeit schenken zu müssen glaubte, ist sehr wohl gerechtfertigt, und es sind die ausgezeichneten Bemühungen mancher Chirurgen um dauernde Beseitigung der

Hernien nicht umsonst gewesen. Vgl. Zur Radikalkur der Hernien von Prof. Dr. Kocher, Bern, 1892.

Vordem hat man einen Bruch zurückzuhalten gesucht, so gut es eben ging, und gab sich damit zufrieden. Der Grund, wesshalb heute so viele Bruchleidende sich dem operativen Eingriffe unterziehen, ist nicht mit Unrecht auf Unzulänglichkeit der gebräuchlichen Bruchbänder zurückzuführen. Den von schlecht funktionirenden Bruchbändern herrührenden Unbequemlichkeiten und Unzuträglichkeiten will Mancher gern aus dem Wege gehen.

Bei der enormen Frequenz besagten Leidens aber bleibt dem wissenschaftlichen Professionisten noch ein gut Stück Arbeit übrig, auf palliativem Wege helfend beizustehen, und es haben sich Letztere, wie der Chirurg in operativer Hinsicht, durch Erfindung technischer Hilfsmittel zu vervollkommnen gesucht.

Nachdem es feststeht, dass ein Bruch operativ gründlich ohne Aussicht auf Recidiv geheilt werden kann, bleibt die Frage zu beantworten: Auf welche Weise kann den Pat. geholfen werden, die nicht zur Operation kommen, sei es aus Messerscheu, sei es aus anderweitigen Gründen, z. B. hohen Alters oder irgend welcher Organerkrankung wegen, welche Gründe die Operation als unthunlich erscheinen lassen.

Dem Chirurgen, wie überhaupt dem praktischen Arzte soll ein Bruchband zur Verfügung stehen, dessen er sich in jedem vorkommenden Falle bedienen und auf das er sich verlassen kann auch in Fällen ausgeführter Radikaloperation, bei denen der nachherige Gebrauch eines solchen wünschenswerth erscheint.

Von dem Grundsatze ausgehend, dass nur die einer gehärteten stählernen Feder innewohnende Elasticität, auf bestimmte Stellen der Bauchwand drückend im Stande sei, dem Andrange der einen Weg nach außen suchenden Darmabschnitte wirkungsvoll entgegenzutreten, muss eine solche Feder so vorzüglich konstruirt sein, dass sie sich im offenen Zustande im jeweiligen Falle der sich darbietenden Beckenkonfiguration genau anpassen lässt, d. h. dass sie besonders dem Beckendurchmesser in sagittaler Richtung entspricht. Ist dies der Fall, so schmerzt der Druck weder vorn an der Angriffsstelle, d. h. dem Leistenkanale, noch hinten am Kreuzbein, als am Stützpunkte der Feder.

Wesshalb ich speciell dem Federbruchbande das Wort rede, findet seine Erklärung darin, dass federlose Bandagen ihren Zweck vollständig verfehlen, wenn es sich um eine wirklich ausgebildete Hernie handelt (für Schenkelbrüche gänzlich unbrauchbar). Das federlose, auch Gürtelbruchband darf mit Fug und Recht als mechanischer Unsinn bezeichnet werden. Da der direkte oder innere Leistenbruch seltener beobachtet wird, der äußere oder indirekte, d. h. der den Leistenkanal passirende hingegen den weitaus größten Procentsatz aller Hernien darbietet, so kann als praktische Pelottenform, um eine wirksame und sichere Kompression des Leistenkanals

zu erzielen, nur die longitudinale, im Verlaufe des Poupart'schen Bandes andrückende als die einzig zweckmäßige in Frage kommen.

Durch die Kompression des Leistenkanals werden dessen Wandungen an einander gepresst, besonders die vordere an die hintere, wodurch ein Abschluss erzielt wird und die freie Kommunikation zwischen Bauchraum einerseits und dem Scrotum resp. Labium andererseits, welche Kommunikation durch den dilatirten Leistenkanal hergestellt war, aufhört.

Auf diesem Zusammenpressen der Wandungen des Leistenkanals beruht die Kunst, einen auch sehr großen Scrotal- oder Labialbruch unter Vermeidung allzustarker Druckkraft zurückzuhalten, vorausgesetzt, dass der Bruch ganz reponirbar, und eben so wohl die Thatsache, viele Hernien, selbst nach langem Bestehen und auch im vorgeschrittenen Alter zur Heilung zu bringen.

Seit meiner Publikation »Leistenbruchband« im Centralblatt für Chirurgie (Jahrg. 1896 No. 15) ist mir die Gelegenheit sehr oft geboten gewesen, eine prompte Heilung von nach meinem Verfahren Behandelten konstatiren zu können, und nicht etwa vorübergehenden, sondern dauernden Erfolges.

Es wird aber mit keiner anderen Pelottenform möglich sein, zu ähnlichen Resultaten zu gelangen, weil die Pelotten der gewöhnlich zum Verkaufe ausliegenden Bruchbänder so beschaffen sind, dass sie mittels der Federspannung den Hauptdruck auf die Austrittsöffnung ausüben. Eine Pelotte, deren Höhe oder Hauptdruckpunkt am medianen Ende, also nach der Symphyse gerichtet, liegt, flacht sich in der Regel nach dem Federhalse zu, also lateralwärts, ab und trifft den Leistenkanal nicht oder doch nur unvollkommen, wesshalb Bruchsack und Eingeweide in demselben eingelagert sein können. Die Unzulänglichkeit noch so mancher anderer Systeme zu beleuchten, halte ich für überflüssig; jeder aufmerksame Beobachter und Praktiker wird meine Auffassung theilen.

Bruchheilung durch angewandten Druck kann bei vollkommener Reposition auf 2 Arten zu Stande kommen.

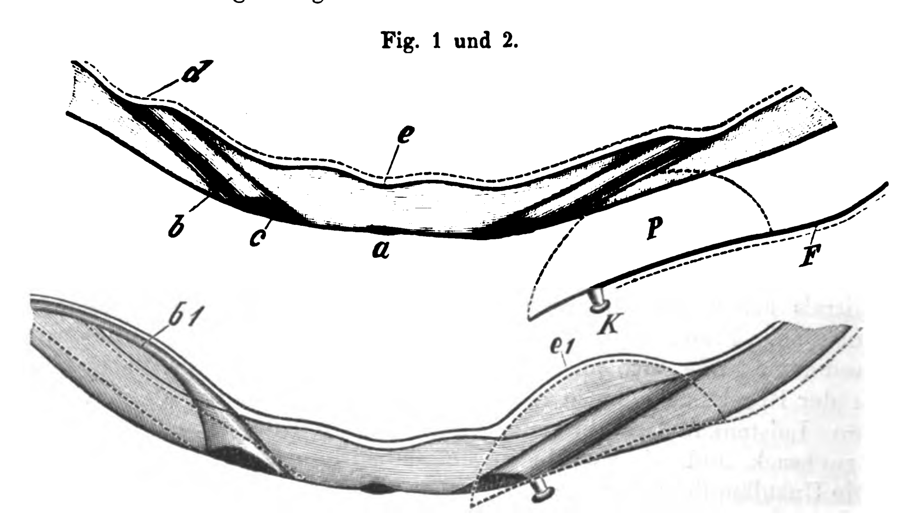
1) Ein seines Inhaltes dauernd entleertes dilatirt gewesenes Rohr, aus elastisch kontraktilem Gewebe bestehend, wird sich vermöge der Kontraktilität (Musc. obliqu. ext. und int. und Musc. transv. abdom.) seiner Wandung allmählich zusammenziehen, es wird das Lumen desselben ein kleineres werden. Je stärker der Muskeltonus, um so leichter und rascher die Heilung. Dies der eine Vorgang.

2) Der andere ist begünstigt durch das Verhalten der Fascia transversa zum Samenstrange. Bekanntermaßen ist die Fascia transversa durch die innere Öffnung des Leistenkanals nicht durchbrochen, sondern nur trichterartig eingestülpt und schickt einen Fortsatz (Proc. vag. fasc. transv.) abwärts, welcher als eine dünne Membran den Samenstrang begleitet und einhüllt. Längs des Samenstranges bis zur Tunica vag. prop. testis lässt sich der Proc. vag. fasc. transv.

als durchgängiger Kanal darstellen (Joessel, Lehrbuch der topogr.-chirurg. Anatomie).

Indem man nun mit einer gewissen Kraft den Leistenkanal von außen her belastet, resp. zusammendrückt, reizt man die bindegewebige im Leistenkanale verlaufende Fasc. transversa und etablirt in ihr eine Entzündung, deren Resultat bei längerer Reizung eine partielle Verklebung sein wird als bindegewebige Verdichtung. Ich glaube mit dieser Vermuthung nicht fehl zu gehen. Berichte von Pat. über aufgetretene Schmerzhaftigkeit unter der Pelotte bei jeglichem Fehlen äußerlicher Hautläsion bestärken meine Auffassung. Zur Erzielung einer Heilung darf selbstverständlich das An- und Ablegen des Bruchbandes, so wie eine vorzunehmende Waschung nur in Rückenlage vorgenommen werden.

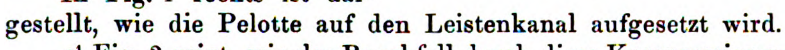
Fig. 1 und 2.



In allen Fällen aber, wo ich einen solchen Heilungsvorgang konstatiren konnte, auch bei später erfolgter Obliteration des Proc. vag. peritonei, ließ ich mein Bruchband mit geringerer Druckkraft noch einige Monate tragen unter beständiger Beobachtung des An- und Ablegens desselben im Liegen. Eine solche partielle Verklebung scheint wirklich im Stande zu sein, dem durch die Bauchpresse auf die Eingeweide erzeugten Drucke, auch wenn derselbe durch forcirte Muskelkontraktionen oder starke Respirationsbewegungen gesteigert wird, Widerstand zu leisten.

Die Heilung des Leistenbruches ist, auch wenn derselbe sich bereits zu einem Scrotal- oder Labialbruche ausgebildet hatte, eine unumstößliche Thatsache und kann in jedem Lebensalter sich vollziehen. Ich hatte Gelegenheit, das vollständige Zurückbilden einer faustgroßen Scrotalhernie bei einem 70-Jährigen nach 6monatlicher Behandlung konstatiren zu können. Bei relaxirten Bauchdecken hat man nichts zu erwarten.

Wie oben bemerkt, verwende ich zur wirksamen Kompression des Leistenkanals die longitudinale Pelottenform (s. Fig. 4), und ist deren nach der Bauchwand gekehrte Konvexität derart gestaltet, dass der höchste Punkt derselben an der **lateralen** Seite, der Bauchöffnung des Leistenkanals entsprechend, liegt, im Gegensatze zu anderen Bruchbandagen. Warum dies so sein muss, ist aus Fig. 1, einer schematischen Darstellung des Verlaufes des Leistenkanales durch die vordere Bauchwand, ersichtlich. *a* Symph. op. pub., *e* Peritoneum, *b* Leistenkanal, *c* Leisten, *d* Bauchöffnung des letzteren bezeichnend.


Fig. 3.

Die vordere Wand des Leistenkanals wird durch das tiefere Eindringen desselben nach außen zu immer dicker, indem sie anfänglich bloß aus der Aponeurose des äußeren schiefen Bauchmuskels, später, wenn der Leistenkanal unter die unteren Ränder des inneren schiefen und des queren Bauchmuskels getreten ist, auch durch diese beiden Muskeln zusammengesetzt wird.

Will man somit den Kanal mit Erfolg komprimiren, so muss man sich streng an die gegebenen anatomischen Verhältnisse halten.

In Fig. 1 rechts ist dargestellt, wie die Pelotte auf den Leistenkanal aufgesetzt wird.

e^1 Fig. 2 zeigt, wie das Bauchfell durch diese Kompression zurückgedrängt wird.

b^1 Fig. 2 zeigt den Leistenkanal im zusammengedrückten Zustande. Die Stellung der Pelotte in Fig. 1 lehrt, dass bei Anlegung des Bruchbandes auf die Leistenöffnung keine Rücksicht genommen ist, dieselbe vielmehr in Folge Abstehens des medianen Pelottenendes unbedeckt bleibt.

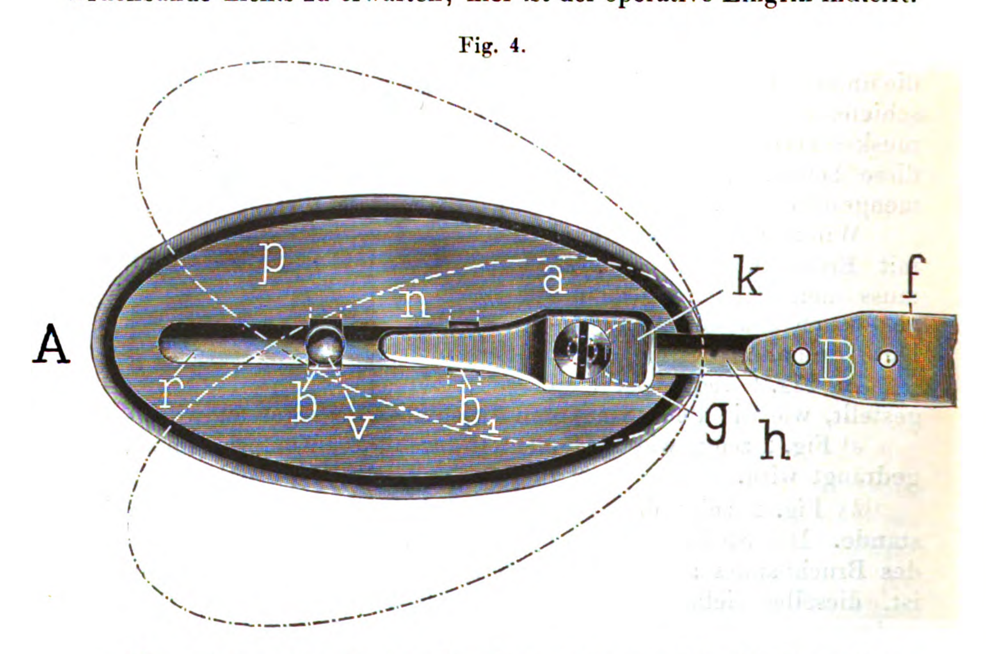
Fig. 3 stellt das Becken mit umgelegtem doppelseitigen Leistenbruchbande dar, woraus hervorgeht, dass die longitudinale Pelottenform den Raum zwischen Tuberculum pub. und Spina ant. inf. oss. ilei in Anspruch nimmt, nicht auf, sondern über dem horizontalen Schambeinaste ruhend, der Richtung des Poupart'schen Bandes folgend. Die Stellung der Pelotte zum Federhalse kann nicht immer dieselbe sein; die Höhe und Breite des Beckens ist für dieselbe maßgebend. Im Allgemeinen wird die Pelotte am weiblichen Becken eine mehr der horizontalen sich nähernde Lage einnehmen müssen, als am männlichen. Man darf nicht unbedingt voraussetzen, dass



die Retention in jedem Falle gleich bei der ersten Anpassung eines auch noch so kunstgerecht angefertigten Bruchbandes gelinge, so dass ein Austritt überhaupt nicht mehr stattfinden kann.

Ich gebe dies, nachdem ich im Laufe der Jahre mehrere Tausend der verschiedenartigsten Brüche behandelt habe, gern zu. Es giebt Fälle, bei denen man eine regelrechte Behandlung einleiten muss. Wie oben gesagt, muss auf Verkleinerung der Durchtrittspassage hingearbeitet werden. Man bekommt alte große Scrotal- und Labialhernien mit mehrere Fingerspitzen durchlassender äußerer Bruchpforte und in Folge des Austrittes aus der schrägen in die gerade Richtung gezogenem Leistenkanale zu Gesichte, oder es sind Brüche abnorm korpulenter Individuen mit Fettvorlagerungen aus der subserösen Fettschicht oder angewachsene Netzpartien, die bei solch korpulenten Leuten nach stattgehabter scheinbarer Reposition sofort unter dem Bruchbande heraustreten. In solchen Fällen hat man von einem Bruchbande nichts zu erwarten; hier ist der operative Eingriff indicirt.

Fig. 4.



Wenn ich auch mit den Resultaten des von mir im Centralblatt für Chirurgie (Jahrg. 1896 No. 15) beschriebenen Bruchbandes im Princip zufrieden sein durfte, wurde ich bei der Mannigfaltigkeit der vorgekommenen Fälle doch auf Unzulänglichkeiten aufmerksam, die zu beseitigen ich mich bestrebte. Soll eine mit einer Bruchbandfeder in Verbindung gebrachte Pelotte jedem einzelnen Falle angepasst werden können, so darf diese Verbindung keine unlösliche sein, sie muss sich vielmehr scharnierartig gestalten. Dass dabei nur ein Kugelgelenk in Betracht kommen kann, war mir sofort klar, weil in einem solchen so viele Bewegungen ausführbar, als Achsen denkbar sind.

Damit wäre der Indikation Genüge geleistet. Die praktische Ausführung jedoch gestaltete sich schwieriger, weil es darauf ankam, bei absoluter Zuverlässigkeit möglichst wenig Raum zu beanspruchen.

Soll mithin ein Bruchband den Anforderungen ganz entsprechen, so muss die Möglichkeit geboten sein, die Pelotte genau der Leistengegend anpassen zu können. Die bisher gebräuchlichen Konstruktionen genügten dieser Forderung nicht, so dass die Nothwendigkeit sich ergeben hat, die aus Fig. 4 und 5 ersichtliche Vervollkommnung eintreten zu lassen; auch die von mir im Jahre 1896 angegebene Pelotte war nur in einer Richtung drehbar.

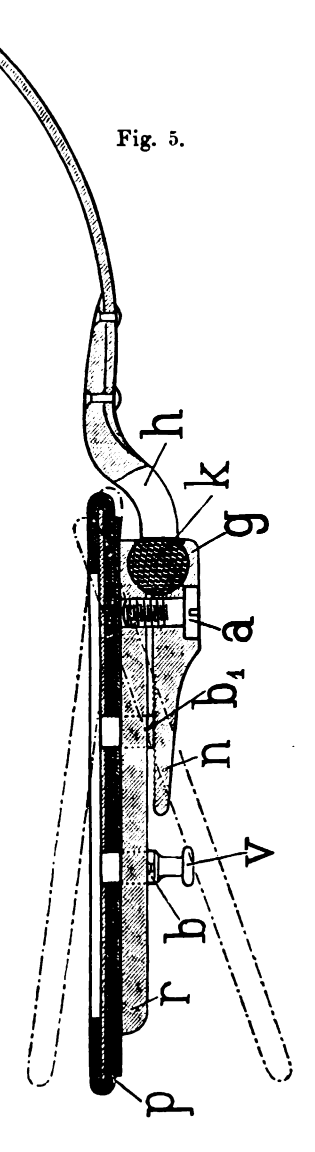


Fig. 5.

Fig. 4 zeigt die Vorderansicht der verstellbaren Pelotte sammt Stellzeug. Fig. 5 den Grundrissschnitt *A—B* des letzteren ohne eingeschaltete Pelottenplatte.

Aus der Pelottenplatte *p* (Fig. 4), die mit Leder überzogen und mit hier nicht gezeichneter Polsterung versehen ist, werden zunächst 2 Brücken *b* b^1 so ausgestanzt, dass sie in der etwas federnden Ausbauchung den Schieber *r* führen, damit derselbe in der Richtung der großen Achse der Ellipse verschoben werden kann. Dieser Schieber erhält in der Lage der Pelotte in Fig. 4 an seinem rechtsseitig verbreiterten Ende eine Kugellageraussparung und eine Schraube *a*, die geeignet ist, die Zange *g* gegen den Schieber *p* festzuklemmen. Die Zange bildet gleichsam einen zweiarmigen Hebel, der mit dem unten feilenartig behauenen Schnabel *n* auf die Brücke b^1 drückt und den Schieber *r* nach erfolgter Einstellung gegenüber der Pelotte festlegt, wenn die Schraube *a* angezogen wird. Diese Schraube stellt aber auch eine Verbindung des Federhalses *h* mit der Pelotte her, indem die Aussparung in *g* mit derjenigen im Schieber *r* eine Lagerung für die gerauhte Scharnierkugel *k* bildet.

Nach Lösung der Schraube *a* kann also die Pelotte gegenüber dem Federhalse jede in einem Kugelgelenke denkbare Stellung einnehmen; dieselbe kann mit ihrem elastischen Druckkissen genau der Bruchstelle und dem Verlaufe des Leistenkanals angepasst werden,

während sodann die Stellung durch Anzug der Schraube *a* fixirt wird. Die Einrichtung der Brücken *b* b^1 ermöglicht die Einschaltung verschiedener Pelottengrößen in den Schieber *r*, so wie eine Vor- und Rückwärtslagerung der jeweiligen Pelotte. Diese Verstellbarkeit der Pelotte ermöglicht es dem Arzte, der in die Lage kommt, Bruchbänder anlegen zu müssen, ein solches mit Leichtigkeit und größter Genauigkeit dem Pat. anzupassen.

Sehr viel schwieriger als beim Leistenbruche gestaltet sich oft die korrekte Lagerung eines Bruchbandes bei der Hernia cruralis. Legt sich beim Leistenbruche die Pelotte in allen Körperlagen in die weiche, nachgiebige, oberhalb des Poupart'schen Bandes gelegene Regio inguinalis hinein, so ist dies beim Schenkelbruche, besonders wenn er bereits durch eine Öffnung der Fascia cribrosa herausgetreten ist und somit direkt unter der Haut liegt, nicht so leicht der Fall.

Die Bewegungen beim Gehen, Sitzen und Bücken verschieben die Pelotte allzu leicht, was natürlich einen Austritt der Hernie unter derselben zur Folge haben kann.

Die Verstellbarkeit der Pelotte mit dem elastischen Druckkissen ist beim Schenkelbruche mindestens eben so angezeigt, als beim Leistenbruche. Ist die Hernie im Beginne, d. h. eben durch die Fovea femoralis oder den Annulus femor. int. in den Schenkelkanal eingetreten, so wird die Richtung der Pelotte zum Federhalse *h* eine andere sein müssen, als wenn der Bruch schon tiefer herabgerückt ist oder eine Öffnung der Fascia cribrosa bereits passirt hat. Wie im letzteren Falle die Pelotte gelagert sein muss, erkennt man aus der Richtung der Fossa ovalis; sie wird demnach eine mehr senkrechte Stellung beanspruchen, während die beginnende Hernie eine Lagerung erfordert, die sich dem Verlaufe des Poupart'schen Bandes nähert, natürlich unterhalb desselben liegend. Die Schmiegsamkeit der Pelotte am Federhalse erlaubt jede gewünschte Winkelstellung. Weil beim Schenkelkanale muskuläre Gebilde fehlen, deren Zusammenziehung einer Heilung dienlich sein könnte, ist letztere wahrscheinlich ein seltenes Vorkommnis; denkbar wäre nur eine durch den permanenten Reiz eines Bruchbandes hervorgerufene Verdichtung des konstant im Schenkelkanale eingelagerten, die Gefäße umhüllenden lockeren Bindegewebes, wodurch die Hernie am weiteren Herabgleiten verhindert würde.

Ich hielt es für zweckmäßig, manches die Regio inguinalis Betreffende, was ich schon in der vorhergegangenen Arbeit gesagt habe, zu wiederholen. Ohne gründliche Kenntnis der Anatomie der Leistengegend und speciell der hinteren Seite der Bauchwand wird man sich kaum einen Begriff von der Entwicklung eines Bruches machen können, und es ist desshalb auch erklärlich, dass so viele Fabrikate angepriesen werden, denen man die Unwissenheit des Erstellers auf den ersten Blick ansieht.

Das von mir jetzt beschriebene Bruchband ist im Deutschen Reiche patentirt seit dem 8. April 1900.

Jedes einzelne meiner Fabrikate trägt die Patentnummer 117386.

---

1) **Poncet** et **Dor.** La Botryomycose. Champignons de castration du cheval et tumeurs framboesiformes, pédiculées, des doigts et de la main chez l'homme.

(Achives génér. de méd. T. III. 1900. Februar und März.)

Verff. betonen besonders entgegen der Ansicht anderer Autoren, dass sie die Bakterien der Botryomykose als Bacterium sui generis und als nicht identisch mit den Staphylokokken betrachten. Sie hatten bereits im Jahre 1897 nachgewiesen, dass gewisse entzündliche Papillome des Menschen Botryomycesbakterien, wie sie Bollinger beschrieben, enthielten. Seitdem hatten Verff. Gelegenheit, noch eine Anzahl derartiger, vom Menschen stammender Geschwülste gründlich bakteriologisch und mikroskopisch zu untersuchen, und fassen auf Grund dieser Untersuchungen ihr Urtheil folgendermaßen zusammen:

Bei dem sog. Kastrationsschwamm der Pferde, der Botryomykose, findet man ausgereifte Bakterienhaufen, die man mit dem Namen Botryomyces belegt hat. Die gleichen Massen findet man in den von P. und D. unter dem Namen der menschlichen Botryomykose beschriebenen Geschwülsten. In den aus diesen Geschwülsten hergestellten Kulturen erscheint der Parasit als ein 100mal kleinerer Coccus und zeigt manche Ähnlichkeiten mit dem Staphylococcus. Man nennt ihn Botryococcus. In der That gleicht dieser Coccus, was Volum, Farbe und sein Verhalten Farbstoffen gegenüber, sein Wachsthum auf Agar und Kartoffeln, auf Bouillon und Serum anbetrifft, dem Staphylococcus. — Er unterscheidet sich jedoch von ihm durch sein Wachsthum in der Stichkultur, wo er eine tulpenförmige charakteristische Verflüssigung der Gelatine bewirkt, wobei letztere vollständig klar bleibt. Eine weitere Eigenthümlichkeit der Kultur besteht darin, dass sie bei 37° ihre gelbe Farbe verliert und weiß wird.

Beim Pferde producirt der Staphylococcus niemals gelbe Körner und erzeugt niemals, wie das Experiment ergeben hat, eine Neubildung, die Ähnlichkeit mit der Botryomykose hätte. Der Botryococcus allein ist im Stande, die charakteristische Krankheit hervorzurufen. Die durch den Botryococcus producirten Geschwülste bezeichnen Verff. als Fibroadenome. Es handelt sich dabei nicht um wirkliche Geschwülste, sondern um entzündliche Neubildungen.

(Die Krankheit hat in so fern chirurgisches Interesse, als sie mitunter bei Leuten, die mit Pferden beschäftigt sind, auftritt. Es

bilden sich hierbei kleine charakteristische, gestielte Geschwülste, die meistens ihren Sitz an den Fingern und an der Hand haben. Ref.)

Longard (Aachen).

---

2) **Sabrazès** et **Laubié.** Non spécifité de la botryomycose.

(Arch. génér. de méd. 1899. November.)

Es handelt sich um 2 klinisch beobachtete Fälle von kleinen polypösen gestielten Geschwülsten (an Hand und Finger) bei Kranken, die sich nie mit Pferden beschäftigt hatten. Beide Male konnten Verff. den Staphylococcus aureus als den wahrscheinlichen Urheber des Leidens nachweisen. Verff. führen ihre Fälle als Beweis gegen die Botryomykose als specifische Krankheit an, ohne allerdings Experimente an Pferden vorgenommen zu haben. In den Eiterherden präsentirt sich der Staphylococcus aureus als Konglomerat von Bakterien. Dieses Konglomerat halten Verff. für identisch mit dem Botryomyces.

Longard (Aachen).

---

3) **L. Brocq.** La question des eczémas.

(Ann. de dermat. et de syphil. 1900. No. 1—3.)

Aus der ausführlichen und specialistisch hochbedeutenden Arbeit sei als allgemein interessirend Folgendes angeführt: Zum Entstehen eines Ekzems sei als conditio sine qua non anzunehmen eine besondere Disposition oder Prädisposition der Haut. Die zahllosen ursächlichen Faktoren theilt Verf. in 6 Gruppen: 1) Traumatische Einwirkungen; 2) Intoxikation durch Ingesta; 3) Autointoxikation und Arthritismus; 4) Affektionen innerer Organe; 5) nervöse Störungen; 6) allgemeine Veränderungen des Organismus.

Die parasitäre Natur des Ekzems ist auch für den Verf., natürlich gewisse Fälle ausgenommen, bisher nicht als bewiesen zu betrachten.

V. Klingmüller (Breslau).

---

4) **Scholtz** et **Raab.** Recherches sur la nature parasitaire de l'eczéma et de l'impetigo contagiosa.

(Ann. de dermatol. et syphil. 1900. No. 4.)

Vorliegende Arbeit aus der Neisser'schen Klinik kommt zu folgenden Ergebnissen: Bei 60 Fällen von Ekzem (50 davon banale Formen) wurde in den Bläschen, Pusteln oder in der unter den Schuppen und Krusten befindlichen Flüssigkeit der Staphylococcus pyogenes aureus fast regelmäßig in Reinkultur gefunden. Aus den Untersuchungen geht hervor, dass er nicht nur in den obersten Schichten der Epidermis vorhanden zu sein scheint. Kontrolluntersuchungen über die Bakterienflora der normalen Haut und nicht ekzematöser Hautkrankheiten zeigten, dass der Staphylococcus hier nicht so häufig und konstant ist wie beim Ekzem. Er unterscheidet sich in nichts von den Staphylokokken anderer Provenienz (Kultur, Virulenz, Thierexperiment). Den Verff. glückte es wiederholt, mit

Staphylokokken ekzemartige Dermatosen am Menschen (und zwar an mehreren Assistenten der Klinik) experimentell zu erzeugen.

V. Klingmüller (Breslau).

5) **Heidingsfeld.** Leukopathia unguium.

(Journ. cutan. et genito-urin. diseases 1900. November.)

Die milchweiße punkt- oder strichförmige oder gänzliche Verfärbung der Nägel beruht auf einer pathologischen Strukturveränderung einzelner Nagelzellen, welche gehindert werden, die normale, physiologische Verhornung durchzumachen.

Die Ursache der Verhinderung kann sein: Trauma (besonders häufig stumpfe Instrumente, welche zum Zurückstreifen des Nagelfalzes benutzt werden), Ernährungsstörungen, fieberhafte Erkrankungen, Neurosen. Die Entwicklungshemmung befällt bereits die Matrixzellen nnd verhindert die normale Umwandlung in Dauer-Nagelzellen. Die mikroskopischen Befunde lassen das Vorhandensein von Luftblasen, welche man früher als Ursache der Verfärbung ansah, mit Sicherheit ausschließen.

Chotzen (Breslau).

6) **J. W. Kime.** Light as a remedial agent.

(New York med. record 1900. Oktober 13.)

Je mehr die Begeisterung des großen Publikums für die Lichtbehandlung aller möglichen Erkrankungen wächst und von geschäftskundigen Ärzten genährt wird, desto weniger erfreut die Lektüre zahlreicher Publikationen wegen der oft absoluten Kritiklosigkeit bei der Applikation dieser Form von Kraft und legt den Wunsch nahe, dass endlich einmal systematisch, wie in Kopenhagen, auch bei uns der Forscher vor dem Spekulanten das Wort haben möge. In vorliegendem Artikel ist zwar auch viel Muthmaßliches, z. B. die »möglicherweise verbesserte Phagocytose«, die »Anregung größerer Thätigkeit der vitalen Kräfte durch den irritirenden Lichtstrahl etc.«, enthalten, jedoch hat Verf. in ganz hübscher Weise nachgewiesen, dass der Lichtstrahl den menschlichen Körper ganz durchdringt und dann noch chemisch wirksam bleibt. Unter allen Kautelen wurden auf dem Rücken eines von vorn mit blauem Lichte beleuchteten Mannes photographische Reproduktionen entwickelt.

Loewenhardt (Breslau).

7) **H. G. Piffard.** Some applications of static electricity in dermatology.

(New York med. record 1900. Oktober 20.)

Mit »hochgespanntem oscillirenden Strome« hat P. chronisches Ekzem, Akne rosacea, Pruritus, Pityriasis capitis, seborrhoisches Ekzem und Seborrhoea oleosa schneller als früher zur Heilung gebracht. Kritik und Beweise werden nicht angeführt.

Loewenhardt (Breslau).

8) **Nobel.** Ergebnisse der chirurgisch-plastischen, so wie anderer Methoden der aktuellen Lupustherapie.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1900. Hft. 4 u. 5.)

In vorliegender Arbeit werden die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen gegen Lupus in eingehender Weise einer Kritik unterworfen. Im ersten Theile bespricht Verf. die chemisch wirkenden Zerstörungsmittel, die Verwerthung der Hitze und die Elektrolyse. Diese Versuche haben meist nur einen vorübergehenden Erfolg erzielt. Eben so sind die Hoffnungen, welche man auf die Tuberkulinbehandlung gesetzt hatte, trügerische gewesen; auch die Berichte über das neue Tuberkulin R sind nicht sehr ermuthigend. In ähnlicher Weise ist es der Kalomeltherapie ergangen.

Besonders ausführlich wird die Bestrahlung von Lupus mittels Röntgenstrahlen behandelt; zu einem abschließenden Urtheile könne man aber erst kommen, wenn nach längerer Zeit Dauerresultate beobachtet seien. Immerhin beanspruche diese Behandlung große Geduld von Seiten des Arztes und des Kranken; schwanke doch nach den neuesten Mittheilungen von Schiff und Albers-Schönberg die Behandlungsdauer zwischen 20 und 150 Sitzungen. Ganz eben so stehe es mit der Lichtbehandlung nach Finsen. Eigene Erfahrungen stehen Verf. in dieser Beziehung nicht zu Gebote.

Im zweiten Theile kommt Verf. dann auf die rein chirurgische Therapie des Lupus zu sprechen, die Excision desselben im gesunden Gewebe, wie sie besonders von Eduard Lang in zahlreichen Veröffentlichungen empfohlen worden ist. Diese Methode wird vom Verf. warm vertreten, die Deckung des entstandenen Defektes wird entweder durch Naht resp. Plastik oder durch Transplantation nach Thiersch oder mit ungestielten Hautlappen nach Krause bewirkt. Es soll stets etwa $^1/_2$—1 cm breit in der gesund erscheinenden Randschicht exstirpirt werden; von einer energischen Desinfektion der Wundflächen soll man unbedingt Abstand nehmen, da die Anheilung der Läppchen dadurch gefährdet wird. Von der Schleich-schen Infiltrationsanästhesie macht Verf. keinen Gebrauch mehr, weil die ödematöse Durchtränkung des kutanen und subkutanen Bindegewebsnetzes für die Anheilung der Hautläppchen nicht zuträglich war, und weil auch die künstliche Blähung und Auflockerung und die vielfachen traumatischen Schädigungen der zu überpflanzenden Haut schädlich waren. — Verf. hat auch histologische Untersuchungen anstellen können an Hautstücken, welche nach Thiersch oder Krause überpflanzt waren. Die Einzelheiten mögen im Originale nachgelesen werden. — Im Ganzen ist Verf. 30mal auf diese Weise vorgegangen. Zum Schlusse theilt er die ausführlichen Krankengeschichten von 20 länger beobachteten Fällen mit. Bei diesen ist die Deckung des Defektes 12mal nach Thiersch, je 4mal durch Naht oder mit stiellosen Hautlappen ausgeführt. Der Arbeit sind 8 Abbildungen von Kranken beigefügt.

Tschmarke (Magdeburg).

---

9) **M. A. Wasiliew.** Die Traumen der männlichen Harnröhre. II. Theil.

Berlin, **August Hirschwald,** 166 Seiten und 20 Abbildungen.

Über den I. Theil dieses Buches ist im Centralblatt f. Chirurgie 1899 p. 1044 referirt. Der vorliegende II. Theil behandelt in Kapitel V die durch stumpfe Gewalt erzeugten Wunden der Harnröhre, in Kapitel VI deren Verletzungen bei Einklemmungen des Gliedes. Im Wesentlichen enthält die Arbeit nichts als eine Sammlung einschlägiger Krankengeschichten. **Brunner** (Zürich).

---

10) **J. A. Fort.** Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire.

(L'indépendance médicale 1900. December.)

Verf. beschreibt und bildet sein zur linearen Elektrolyse von Harnröhrenstrikturen konstruirtes Instrument ab, bei welchem er die Mängel des ursprünglichen Jardin'schen zu vermeiden gesucht hat. Die Methode wurde außer an der Harnröhre auch bei Strikturen der Speiseröhre (cf. Centralblatt 1900, p. 1232), des Mastdarmes und Gebärmutterhalses angewendet. Die Anwendungsweise bei der Harnröhre wird genauer geschildert und das Verfahren als der Dilatation und der internen Urethrotomie überlegen hingestellt. 140 mittels der Methode operirte Fälle mit konstantem Erfolge. Der Eingriff ist nicht schmerzhaft, erfordert keine Bettruhe und keine besondere Nachbehandlung, ist in einer Sitzung vollendet und nie von Komplikationen gefolgt. Die Heilung ist im Allgemeinen nach 3 (!) Tagen vollkommen, Recidive kommen viel seltener als nach der Urethrotomie vor. **Mohr** (Bielefeld).

---

11) **Jaia.** Estrofia della vescica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 144.)

Colzi in Florenz hat 4 Fälle von Blasenspalte mit der Einpflanzung der Harnleiter in den Mastdarm behandelt. Eben so heilte er einen Fall kompleter schwerer Epispadie durch eine Recto-Vesicalfistel. J. knüpft hieran folgende Schlussfolgerungen: 1) Die Ableitung des Urins durch den Mastdarm ist eine berechtigte Methode. J. sah 7 Monate, 1 Jahr und 4 Jahre nach der Operation die Pat. in bester Gesundheit. 2) Proctitis und Colitis blieben bei allen 5 Kranken aus. 3) Der Analsphinkter bleibt auch für den Urin 4—5 Stunden sowohl Tags wie Nachts kontinent. 4) Eine aufsteigende Nierenerkrankung kann man nicht immer verhindern. 5) Am besten, aber auch nicht sicher, vermeidet man die Nephritis ascendens durch Mitübertragung eines Stückes der Blasenschleimhaut. 6) Die Operation ist bei Kindern eine eingreifende und nicht leicht wegen der Kleinheit der Harnleiter und der Nothwendigkeit des Zuges, der erst die Einpflanzung am subperitonealen Theile des Mastdarmes gestattet.

7) Dieser Zug ist auch bei der Maydl'schen Operation nöthig. 8) Bei vollständiger Epispadie wird durch Ableitung des Urins durch den Mastdarm und Verschluss der Blasenmündung die Wiederherstellung des Gliedes ermöglicht. 9) Eine Recto-Vesicalfistel wird durch Eröffnung der Blase vom Mastdarme aus und Vernähung der Blasen- und Mastdarmwand hergestellt. **Dreyer** (Köln).

---

12) **Rizzo.** Sulle conseguenze del versamento di urina nel peritoneo. Ricerche sperimentali.

(Policlinico 1900. No. 2.)

R. hat sich die Fragen vorgelegt, welche Folgen dadurch entstehen, dass Urin in verschiedener Menge in die Bauchhöhle geleitet wird, und zweitens, welche Folgen durch eine intraperitoneale Kontinuitätstrennung der Harnwege entstehen, wenn die Thiere sich selbst überlassen bleiben. Zu diesem Zwecke hat er zahlreiche Versuche an Hunden und Kaninchen unternommen, deren Ergebnisse ihn zu folgenden Schlussfolgerungen führten: 1) Kleine Harnmengen, die in den Peritonealraum gebracht werden, auch wenn dauernd Flüssigkeit einfließt, üben weder eine lokale noch allgemeine Wirkung aus. 2) Größere Mengen, bis zu $^1/_{14}$ oder $^1/_{13}$ des Körpergewichtes des betreffenden Thieres, rufen zwar keine lokalen Veränderungen des Bauchfelles hervor, bewirken jedoch einen schweren urämischen Zustand. Bei noch größeren Dosen stirbt das Thier an Urämie. 3) Die Gegenwart von Harn in dem Peritonealraume macht denselben für eine Infektion sehr empfänglich. **Sultan** (Göttingen).

---

13) **C. Fenger.** Konservative Operationen für renale Retention in Folge von Strikturen oder Klappenbildung am Ureter.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

F. stellt in diesem Aufsatze die in der Litteratur niedergelegten Fälle von konservativen Operationen zusammen, welche wegen Harnretention in Folge von Strikturen und Klappenbildung am Harnleiter vorgenommen worden sind. Die Zahl ist noch eine sehr geringe. F. selbst hat einmal durch den Sektionsschnitt Scheidewände zwischen dem Retentionssacke und dem Nierenbecken bloßgelegt, dieselben durchtrennt und aus dem multilokulären Sacke einen einkammerigen gemacht.

Am häufigsten wurden Eingriffe nothwendig wegen Klappenbildung oder Strikturen am Ausgange des Harnleiters aus dem Nierenbecken. Schiefe Insertion des Harnleiters spielt dabei oft eine Rolle. Die hier angewendeten Operationen sind solche, welche von innen her entweder vom Nierenbecken aus oder durch den Sektionsschnitt auf die pathologische Stelle losgehen, also transpelvische und solche welche von außen angreifen, extrapelvische.

Bei den transpelvischen Operationen wird der in das Becken und den Harnleiter geführte Schnitt immer durch quer verlaufende Nähte geschlossen. Die extrapelvischen Operationen bestehen in Resektion des Harnleiters und Wiedereinpflanzung desselben ins Nierenbecken (Ureteropyeloneostomie) oder in plastischen Methoden am Harnleiter und Nierenbecken am Sitze der Klappenbildung und Strikturen. Auch hier wurde die quere Vereinigung der längs geführten Incision auf die erkrankte Stelle häufiger geübt. Dieser Eingriff scheint der ungefährlichste zu sein. Ferner gehört hierher auch die Pyeloplicatio von Israel und die Capitonnage Albarran's. Bei der ersteren wird das Becken gegen die Lichtung hin eingefaltet und dann die eingestülpte Wand durch Nähte so fest gehalten. Bei der letzteren wird ein Theil des Nierenbeckens excidirt, der Defekt dann durch Nähte geschlossen.

In einem weiteren Falle konnte der geknickte Harnleiter durch Lösung aus Verwachsungen um ihn herum freigemacht werden, ein Eingriff, welcher mit dem schönen Namen Ureterolysorthosis versehen wird. Einige Male wurden plastische Operationen am Harnleiter allein mit Ausschluss des Nierenbeckens gemacht.

Die Resultate, welche im Allgemeinen bei der Gesammtheit dieser Eingriffe erzielt wurden, sprechen zu Gunsten der extrapelvischen Methode. Übrigens ist die Sterblichkeit der Gesammtstatistik überhaupt keine große. Was die Dauerresultate betrifft, so sah F. bei 7 eigenen Pat. 2mal ein Recidiv, so dass schließlich in beiden Fällen die Nephrektomie gemacht werden musste. Die 5 anderen Pat. sind dagegen genesen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

14) **Rochet** (Lyon). Chirurgie du rein et de l'uretère. (Indications — Manuel opératoire.)

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900. p. 367.

Der vorliegende Band bildet mit dem 1895 bereits erschienenen: Chirurgie de l'urèthre, de la vessie, de la prostate ein gemeinsames Ganzes, eine Chirurgie der gesammten Harnwege. In leicht verständlicher und anschaulicher Weise werden die gesammten, der chirurgischen Behandlung zufallenden Erkrankungsformen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters, ihre Symptome, die dem etwaigen chirurgischen Eingriffe vorausgehenden diagnostischen Hilfsmittel und therapeutischen Maßnahmen ausführlich erörtert. Wohl erwogen wird der im einzelnen Falle zu bevorzugende chirurgische Eingriff, seine Indikation und Kontraindikation, besprochen werden die Endresultate und Zufälle der Operationen, mitgetheilt die Mortalitätsstatistik verschiedener Chirurgen. Die in- und ausländische Fachlitteratur wird ausgiebig herangezogen, besondere Ansichten und Fälle namhafter Chirurgen sind im Originaltexte wiedergegeben. Die dem Texte eingefügten Zeichnungen sind namentlich in der Harnleiterchirurgie zahlreich und übersichtlich. Für den

anatomischen Theil sind Abbildungen aus der Testut'schen Anatomie herangezogen. Das Werk bietet dem Fachchirurgen Interessantes; auf Einzelheiten hier einzugehen ist nicht möglich.

Schultheis (Bad Wildungen).

---

15) **Hugh H. Young.** Über ein neues Verfahren zur Exstirpation der Samenblasen und der Vasa deferentia, nebst Bericht über 2 Fälle.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Die Nothwendigkeit, beide Samenblasen und Vasa deferentia radikal in ganzer Ausdehnung zu exstirpiren, sieht Verf. gegeben in den Fällen von Tuberkulose, welche beide Hoden ergriffen zeigen, da meistens bei solchen Pat. die Kommunikationskanäle zwischen den beiden Hoden in Mitleidenschaft gezogen sind. Auf die an ihnen zu tastenden Veränderungen kommt es dabei gar nicht an. Mit den bisherigen Methoden, in solchen Fällen eine Radikalheilung zu erzielen, d. h. sowohl den perinealen wie sacralen, ist Y. nicht zufrieden, da sie nicht alles Kranke beseitigen lassen. Er hat desshalb an 2 Pat. mit Tuberkulose des Geschlechtsapparates und auch der Blase eine neue Methode angewendet. Der Schnitt entspricht dem beim hohen Blasenschnitte geübten Längsmedianschnitte, den er bis über den Nabel führt, um dort noch einen Querschnitt hinzuzufügen. Auf diese Weise wird einestheils vorzüglich Raum geschaffen, andererseits für die Nahtversorgung nach Vollendung des Eingriffs am besten gesorgt. Das Bauchfell wird nun zurückpräparirt, die Blase event., wenn sie erkrankt ist, eröffnet, die Harnleiter werden katheterisirt, die kranken Theile der Blase werden excidirt, der Mastdarm wird zurückpräparirt, und nun werden die Vasa deferentia gegen den Annulus internus hin verfolgt, die Samenblasen isolirt und beide Gebilde excidirt. Gegebenen Falles werden durch einen besonderen Leistenschnitt die Hoden exstirpirt.

Die Operation ist jedenfalls eine sehr eingreifende. Verf. hat seine beiden Pat. über den Eingriff hinaus erhalten können, trotzdem besonders der Eine sehr elend war und auch nicht wenig Blut verlor. Wichtig wäre es für den Werth der nicht ungefährlichen Methode, bei welcher in beiden Fällen auch Theile der Blase entfernt wurden, zu wissen, welches Dauerresultat erzielt wurde. Leider fehlen diesbezügliche Bemerkungen sowohl Betreffs der Wundheilung im Allgemeinen, wie namentlich Betreffs der Wiedervereinigung der eröffneten Harnblase.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

16) **Tuffier.** Les varicocèles et leur traitement.

(Presse méd. 1899. No. 75.)

Verf. bespricht eingehend an der Hand mehrerer Fälle 3 verschiedene Arten von Varicocele. Bei der 1. Form handelt es sich um variköse Erweiterung der Venen, häufig an der hinteren Seite des Hodensackes. Seine Therapie besteht hier in Freilegung des Samen-

stranges, Isolirung und Resektion der vorderen oder hinteren venösen Gefäße. Es bedarf nur eines kleinen Schnittes, die Heilung erfolgt in etwa 5 Tagen, der Kranke braucht kein Suspensorium mehr zu tragen. Die 2. Form besteht in einer Orchidoptose ohne Erweiterung der Venen; in diesen Fällen muss ein Suspensorium getragen, oder durch die sog. Henry'sche Operation ein natürliches Suspensorium geschaffen werden: der Hodensack wird resecirt und dadurch verkürzt. Auch hier erfolgt glatte Heilung und Befreiung von künstlichen Tragbändern. Endlich können diese beiden Formen kombinirt sein, wobei dann die Behandlung ebenfalls eine kombinirte ist. Verf. macht auf die Ursachen der Varikocelen aufmerksam und bestreitet die Entstehung durch Hernien. Dagegen spricht das seltene Vorkommen von Varikocelen bei Brüchen. Wohl aber hat er gleichzeitig oft eine allgemeine Disposition zu Varicenbildung gesehen: am Unterschenkel, Hämorrhoiden, Mastdarmprolaps geringen Grades, auch Magenerweiterung und allgemeine Ptose. Häufig handelt es sich um Neurastheniker. Der interessanten Abhandlung sind 2 instruktive Bilder beigegeben.

Tschmarke (Magdeburg).

Kleinere Mittheilungen.

17) Bericht über die Sitzungen der 35. Abtheilung (Unfallheilkunde) der 72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Aachen vom 16.—22. September.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 10.)

Bähr: Unfall und Epilepsie.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die bisher sehr spärliche Litteratur der traumatischen Epilepsie, im Speciellen der Epilepsie nach peripheren Verletzungen, zeigt Vortr. zunächst an der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte eines nicht einschlägigen Falles die oft durch unklare oder absichtlich falsche anamnestische Angaben bedingte Schwierigkeit in der richtigen Beurtheilung solcher Fälle und berichtet Behufs Anregung weiterer, diese Frage betreffender Arbeiten über 3 von ihm beobachtete Fälle von typischer Epilepsie nach peripheren Verletzungen. In allen 3 Fällen handelte es sich um vorher gesunde, erblich nicht belastete Arbeiter.

Im Falle I zog sich ein 38jähriger Arbeiter durch einen Unfall bei Kanalisationsarbeiten außer einer Verrenkung des rechten Schultergelenkes und einem rechtsseitigen Schlüsselbeinbruche Brüche der 6 rechten oberen Rippen zu, die theils mit Verdickung, theils mit Verschiebung der Bruchenden verheilten. Wegen katarrhalischer Lungenerscheinungen stand Pat. in der ganzen kommenden Zeit unter ärztlicher Beobachtung und Behandlung. Nach ca. 5 Monaten traten wiederholt Anfälle von Athemnoth, Angstgefühl und von der Brust nach dem Kopfe emporsteigenden Schmerzen auf. Später klagt Pat. über Vergesslichkeit, über zeitweise auftretende Anfälle von Schwindel und Bewusstseinsstörungen. 20 Monate nach dem Unfalle wird der 1. epileptische Anfall beobachtet. In der Folgezeit hat Vortr. wiederholt Gelegenheit, solche Anfälle an dem Pat. zu beobachten. Später wird die Resektion der 3. und 4. Rippe an der Bruchstelle vorgenommen, worauf die epileptischen Anfälle nicht wiederkehrten.

Fall II. In Folge eines elektrischen Schlages fällt ein 44jähriger Straßenbahnarbeiter aus einer Höhe von ca. 6 m herab und zieht sich u. A. einen Becken-

bruch zu. Etwa 6 Monate später klagte Pat. zum 1. Male über eigenthümliche Schmerzen im unteren Beckenabschnitte, die nach der Brust hinaufziehen sollten, und im Anschlusse daran über Kopfschmerzen. Etwa $^3/_4$ Jahr nach dem Unfalle treten epileptische Krämpfe auf. Pat. nimmt zur Zeit Bromkali und befindet sich in ärztlicher Überwachung.

Fall III. Durch Sturz aus einer Höhe von 4—5 m zieht sich ein 43jähriger Straßenbahnarbeiter einen doppelten linksseitigen Oberschenkelbruch zu und wird bewusstlos ins Krankenhaus eingeliefert. Etwa 4 Monate später bekommt Pat. in seiner Wohnung einen Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit, den der behandelnde Arzt auf eine in ursächlichem Zusammenhange mit dem Unfalle stehende Gehirnhyperämie zurückführt. Vorher sollen schon gelegentlich Zuckungen am linken Beine aufgetreten sein. Etwa 6 Monate nach dem Unfalle in die Anstalt des Vortr. aufgenommen, klagt Pat. über Schwindel und Ohnmachtsanwandlungen. Etwa 3 Wochen später bekommt Pat. in der Anstalt einen typischen epileptischen Anfall (Ref. hatte seiner Zeit Gelegenheit, denselben zu beobachten). Pat. nimmt seit dieser Zeit Brom; ein Anfall ist bisher nicht wieder aufgetreten.

Vortr. hebt hervor, dass die Zeit zwischen Unfall und dem 1. epileptischen Anfalle großen Schwankungen unterliegt. Dem eigentlichen typischen epileptischen Anfalle gehen lange Zeit Zustände voraus, welche als epileptiforme zu bezeichnen sind. Eben so ist die Möglichkeit, dass ein früherer Epileptiker durch ein Trauma von Neuem epileptisch wird, nicht völlig auszuschließen.

In der Diskussion berichten Puder und Koppen kurz über je einen ähnlichen Fall von Epilepsie nach peripherer Verletzung.

Schäffer: Genügt die übliche Definition des Begriffes »Unfall« den Anforderungen der Praxis?

Der Begriff »Unfall« entbehrt im Unfallversicherungsgesetze einer officiellen Definition. Auch in den Lehrbüchern über Unfallheilkunde fehlt bis jetzt eine kurze zutreffende Definition. Vortr. hält bei der jetzt üblichen Auffassung der Definition eines Unfalles die Forderung des Nachweises einer das Maß der gewöhnlichen Leistungen bei an sich geordnetem Betriebe überschreitenden Anstrengung einzelnen Klassen von Arbeitern gegenüber für ungerecht und inkonsequent. Während in den industriellen Betrieben das Mehr als Betriebsübliche einer Leistung bei dem meist eng begrenzten Arbeitsfelde des Einzelnen leicht beurtheilt oder der Beweis hierfür leicht durch Zeugenaussagen der in demselben Raume Arbeitenden erbracht werden kann, ist dies bei der Vielseitigkeit des landwirthschaftlichen Betriebes meist nur schwer oder gar nicht möglich; zumal, falls es sich um Personen handelt, die zu der zu leistenden Arbeit zwar äußerlich befähigt erscheinen, aber mit Krankheitsanlagen behaftet sind, welche den Eintritt eines Unfalles begünstigen. Vortr. erläutert seine Ausführungen im Weiteren durch einige diesbezügliche Krankengeschichten. Er empfiehlt für die kleinen landwirthschaftlichen Betriebe entweder Streichung der »mehr als betriebsüblichen Anstrengung« aus der Definition des Unfalles oder die allgemeine Untersuchung derartiger Arbeiter auf Arbeitsfähigkeit resp. auf das Vorhandensein körperlicher Fehler.

Thiem: Verrenkung des Kahnbeines nach unten.

Vortr. zeigt das Skiagramm vom Fuße eines Mannes, der durch Auffallen von gefrorenen Erdschollen auf den Fuß sich genannte Verletzung zugezogen hatte. Da seit dem Unfalle bereits 4 Monate vergangen, war eine Reposition des verrenkten Kahnbeines nicht mehr möglich, während der Verletzte selbst die operative Entfernung desselben nicht zuließ.

Bähr: Pseudarthrose nach Fraktur des Malleolus internus.

Nach einer Fraktur des linken inneren Knöchels bei einem 22jährigen Arbeiter kommt es nicht zur Konsolidation der Bruchenden. Da eine Verschieblichkeit des Malleolus fehlte, konnte Vortr. nur durch mehrmaliges Skiaskopiren in verschiedener Position die Diagnose stellen.

In einem anderen ähnlichen Falle konnte der Röntgenapparat die vermuthete Pseudarthrose nicht bestätigen.

Thiem: Über Serratuslähmung nebst Bemerkungen über die Bewegung des Schultergürtels.

Nach Erwähnung der einschlägigen Litteratur mit besonderem Eingehen auf die Arbeiten von Mollier und Steinhausen sucht Vortr. unter theilweiser Demonstration an einem Pat. die Bewegungen der Armerhebung im Schultergürtel zu analysiren und kommt am Schlusse seiner schätzenswerthen Auseinandersetzung zu den Sätzen:

1) Bei der Armerhebung nach vorn kann die fehlende oder ungenügende Serratuswirkung (Hervorziehen der Schulter und Außenpendelung des unteren Schulterblattwinkels) nahezu vollständig ersetzt werden: a. durch die Adduktoren vom Oberarme und der Schulter, nämlich durch die beiden Pectorales, b. durch Erhebung des Armes vermittels der claviculären Pectoralisfasern und des Biceps und Coracobrachialis bei geeigneter Rumpfausbiegung und Schultersenkung, c. durch den Levator anguli-scapulae und die spinalen Cucullarisfasern.

2) Bei der seitlichen Armerhebung kann die fehlende oder ungenügende Wirkung des unteren Serratusabschnittes (Außenpendelung des unteren Schulterblattwinkels) ersetzt werden:

a. durch die spinalen Cucullarisfasern,

b. durch starkes Eingreifen der gleichzeitig supinirenden (nach außen drehenden) scapulo-humeralen Muskeln.

Meyer: Die Mitwirkung der Ärzte auf dem Gebiete des Invalidenversicherungsgesetzes.

Vortr. erläutert in eingehender Ausführung die Nothwendigkeit der Mitwirkung der Ärzte auf dem Gebiete der Invalidenversicherung und giebt für eine ersprießliche Thätigkeit der Ärzte hierbei eine Reihe schätzenswerther Rathschläge und Winke.

Riedinger: Über Scoliosis traumatica.

Vortr. stellt die Entstehung der traumatischen, nicht funktionellen Skoliose in Folge krankhafter Vorgänge an der Spongiosa (Ostitis, Osteoporose, Halisterese etc.) in Frage. Dieselbe ist nicht auf eine krankhafte Erweichung des Knochens oder eine mangelhafte Verknöcherung zurückzuführen, sondern durch die durch die Frakturheilung bedingte Verdichtung oder Sklerosirung zu erklären. Als Analogon für diese Frakturheilung verweist Vortr. auf die Konsolidation der spongiareichen Fußwurzelknochen. Bei diesen nimmt die Ausbildung der Deformität oft Monate, selbst Jahre in Anspruch mit dazwischen liegenden beschwerdefreien Intervallen. Hierzu kommt als weiteres ätiologisches Moment die Belastung. Die Belastungsdeformitäten können an spongiösen Knochen noch zu einer Zeit auftreten, in welcher der verletzte Knochen schon wieder seine Funktion aufgenommen hat. Durch ein vorübergehendes Ödem der Knochensubstanz, welches durch eine vermehrte Porosität an der Bruchstelle begünstigt wird, kann die Deformität Anfangs in den Hintergrund treten. Bei Frakturen oder Infraktionen von Wirbelkörpern mit Unversehrtheit der Bogenreihe tritt eine Skoliose erst allmählich durch eine unter dem Einflusse der Belastung entstehende Umbildung der Wirbelbogen an der Knickungsstelle (Deformität auf Zerknickungsbeanspruchung) auf. Vortr. unterscheidet zwischen der primären und der sekundären traumatischen Skoliose. Erstere entsteht im direkten Anschlusse an einen Wirbelbruch, letztere erst allmählich als Ausdruck der Belastungsdeformität. Die schweren Knickungsformen sitzen nach Ansicht des Vortr. in der Regel in der Gegend der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule. Es ist wahrscheinlich, dass die traumatischen Skoliosen stets mit einer Kyphose oder Lordose verbunden sind. In dem späteren Verlaufe einer Fraktur kann aus der Deformität allein ein Schluss auf die primäre Dislokation nicht mehr gemacht werden.

Vortr. bringt im Weiteren die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von sekundärer, nicht funktioneller Lordoskoliose, bei der die Deformität in der Stellung fixirt war, in welcher die Verletzung erfolgt war.

In der Diskussion bringt Schulze-Berge die Krankengeschichte eines Falles, bei dem eine Resorption der Spongiosa im Femurkopfe nach einem Trauma stattgefunden, ohne dass ein Bruch vorgelegen hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab Ostitis rareficans.

Hensgen: Wie haben wir Ärzte uns den bei Unglücksfällen erste Hilfe leistenden Nothhelfern gegenüber zu stellen?

Vortr. giebt den meist durch Ärzte ausgebildeten Sanitätskolonnen vor den Samaritervereinen den Vorzug.

In der Diskussion tritt Düms in längerer Ausführung sehr entschieden für die Samaritervereine ein.

Hensgen: Zwei Fälle von Nierenverletzungen in Folge übermäßiger Muskelkontraktionen.

Vortr. bringt die Krankengeschichten zweier Fälle von Nierenblutungen in Folge Hebens schwerer Lasten.

Im Falle I verspürte ein Fabrikant beim Heben seiner kranken, korpulenten Frau von einem Bette in das andere und der dadurch bedingten Verdrehung des Rumpfes nach der rechten Seite einen Schmerz im Rücken. Mit zunehmenden Schmerzen stellt sich kurz darauf Hämaturie ein, die 3 Tage anhält. Bei geeigneter Behandlung in wenigen Wochen völlige Heilung. Vortr. nimmt eine Nierenzerreißung geringen Grades an.

Fall II. Ein kräftiger, breitschultriger, 17jähriger Arbeiter verspürt beim Aufheben eines schweren Brettes plötzlich Schmerzen in der Lendengegend, so dass er die Arbeit einstellen muss. Beim nächsten Uriniren zeigt sich Blut im Urin. In den nächsten Tagen arbeitet er wieder, muss aber bald davon wieder Abstand nehmen. Die rechte Nierengegend ist druckempfindlich. Trotz Bettruhe und Anwendung von Eis geht die Hämaturie nur allmählich zurück. Pat. befindet sich wegen Albuminurie noch in ärztlicher Behandlung.

Thiem: Verschlimmerung eines Falles von spastischer Cerebralparalyse (angeborener spastischer Paraplegie) durch eine periphere Verletzung.

Da in vielen Fällen von angeborener spastischer Cerebralparalyse die Kinder keine cerebralen Störungen zeigen und sich geistig normal entwickeln, führt Vortr. in solchen Fällen die Krankheitsursache auf angeborene Defekte in den ganzen Pyramidenbahnen, also in deren Rückenmarksverlauf zurück und empfiehlt dem entsprechend als rationellere Benennung dieser Erkrankung die Bezeichnung »spastische infantile Diplegie oder Paraplegie«.

Im Weiteren berichtet er eingehend über einen derartigen Krankheitsfall, bei dem durch eine periphere Verletzung eine erhebliche Verschlimmerung des Krankheitszustandes eingetreten war.

Es handelt sich um einen 32jährigen Arbeiter mit einem leichten Grade von angeborener spastischer Diplegie, bei welchem die charakteristischen Kontrakturen nur am linken Beine deutlich auftraten, aber auch hier durch die Willenskraft des Pat. derartig unterdrückt werden konnten, dass derselbe zu jeder Arbeitsleistung fähig war und im Arbeitsverdienst nicht hinter seinen Mitarbeitern zurückstand. Durch einen Bruch beider rechter Unterschenkelknochen trat eine derartige, auch das bisher gesunde rechte Bein ergreifende Steigerung und örtliche Ausbreitung der bisherigen Erkrankung auf, dass völlige Erwerbsunfähigkeit und Hilflosigkeit sich einstellte.

Vortr. sieht in diesem Falle ein Analogon für die Verschlimmerung von Tabes nach peripheren Verletzungen auch in so fern, als sich nun auch im verletzten rechten Beine die Erscheinungen viel heftiger zeigten, wie vor dem Unfalle.

In der Diskussion betont Wagner den rein cerebralen Ursprung der genannten Erkrankung.

Bettmann: Demonstration von Röntgogrammen und Krankengeschichte von 3 Ellbogengelenkresektionen.

Vortr. sieht Behufs Erkennung eines pathologischen oder normalen Befundes die Betrachtung der Röntgenplatten derjenigen der Abzüge vor. Er demonstrirt mittels eines von ihm konstruirten Durchleuchtungskryptoskopes eine Reihe von Röntgenplatten, darunter 3 Platten, die Ellbogengelenksverletzungen betreffen, denen er die diesbezüglichen Krankengeschichten beifügt (das Genauere siehe im Originale).

Schulze: Orthopädische Apparate.

Vortr. beschreibt ausführlich Konstruktion und Anlegung orthopädischer Apparate für die Behandlung der Ober- und Unterschenkelbrüche, des Klump- und des Hohlfußes, so wie zur Korrektur der Kyphose, hinsichtlich derer im Einzelnen Ref. auf die Lektüre des Vortrages verweist.

Düms: Über die Beziehungen der kostalen Herzdämpfung zur linken Brustwarzenlinie.

Vortr. fand in 30% der von ihm untersuchten gesunden Soldaten den Herzspitzenstoß in der Brustwarzenlinie und in 8% über letztere hinausreichend. Am häufigsten bei geringem Brustwarzenabstande (unter 21 cm) und bei besonders kräftig entwickelten Leuten.

Thiem: Über Thermalbehandlung Unfallverletzter und Invalider.

Vortr. hat durch die Thermalbehandlung (Dampfbäder, Sandbäder, Fangopackungen, Heißluftbäder) sehr befriedigende, in einzelnen Fällen (Ischias) überraschend günstige Heilerfolge erzielt.

Kontraindicirt ist diese Behandlungsweise bei tuberkulösen Gelenkentzündungen, so wie bei allen Erkrankungen des Gefäßsystems, namentlich bei Herzfehlern. Im Weiteren berichtet Vortr. durch Angabe diesbezüglicher Zahlen über die bei Anwendung der einzelnen Verfahren der Thermalbehandlung gemachten Erfahrungen hinsichtlich des Pulses und der Athmung, so wie über das verschiedene Verhalten einzelner Personen, als auch einzelner Körperstellen gegenüber der Einwirkung der heißen Luft und des Dampfes.

Riedinger: Über Kontrakontusion des Gehirns (Demonstration).

Vortr. demonstrirt das nach Kaiserling konservirte Gehirn eines an genannter Gehirnverletzung verstorbenen 9jährigen Knaben, welcher aus einer Höhe von ca. 1 m rücklings auf das Hinterhaupt gefallen war.

Wagner: Über ambulante Beinbruchbehandlung und Beinverbände.

Vortr. zeigt die Anwendung von Beinverbänden bei einem Manne mit Wadenbeinbruch und empfiehlt dieselben besonders bei Brüchen kleinerer Knochen mit Verschiebung der Bruchenden. **Motz** (Schlochau).

---

18) **Alpago-Novello.** Un caso gravissimo di pustola da carbonchio ematico guanto colle injecioni sottocutanee ed endovenose di siero Sclavo.

(Gazz. med. di Torino 1900. No. 40.)

Ein Milzbrandkarbunkel entstand an der linken Schläfe; die Schwellung ergriff die linke Hals- und Gesichtshälfte. Hohes Fieber, Infiltration der Halsdrüsen, elendes Befinden.

Vom 5. Tage an wurden 2 subkutane und schließlich eine endovenöse Injektion von 40, 10 und 11 ccm des Serum Sclavo gemacht. Es trat Urticaria und Erythem an der Iujektionsstelle, jedes Mal eine weitere leichte Temperatursteigerung, dann aber am 3. Tage rasche Entfieberung, Abschwellung und schließlich völlige Heilung ein. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

19) **Danlos.** Dermato-fibromes généralisés.

(Ann. de dermat. et de syph. 1900. No. 3.)

D. beschreibt einen Fall von multiplen Fibromen. Eltern und Kinder des Pat. frei. Die Schwester des Pat. leidet ebenfalls daran. Die Geschwülste traten bald nach der Geburt auf, vermehrten sich aber nur langsam und in Schüben. Auf jedem Arme 12 bis 13 erbsengroße Geschwülste von meist normaler, theilweise rother Hautfarbe, eben so zahlreich vorhanden auf dem Rumpfe, besonders auf der Bauchseite, weniger zahlreich auf den unteren Extremitäten, gar nicht zu finden an den Geschlechtsorganen. Sie sind von weicher Konsistenz und auch auf Druck nicht schmerzhaft. Anschwellungen der Nerven sind nicht nachweisbar. Außerdem bestehen Pigmentanomalien, und zwar 1) stecknadelkopfgroße, milchkaffeefarbene oder röthlich-gelbe Pigmentflecke zahlreich am Rumpfe und der Wurzel der Extremitäten, weniger zahlreich an den Extremitäten selbst; 2) etwa 23 gelb-röthliche Flecke von der Größe eines 50-Centimesstückes bis zu der eines Frankstückes, deren größte sich in der Hinterbackengegend und an den Lenden befinden.

Außerdem besitzt der Pat. eine ausgesprochene Asymmetrie der Gesichtsbildung. Die rechte Seite ist kleiner, die Nase weicht nach der anderen Seite ab, und es besteht eine rechtsseitige Mikrophthalmie. Das Zäpfchen ist ein wenig asymmetrisch und hängt nach rechts.

Es sind besondere motorische und sensible Störungen nicht nachweisbar. Der Pat. ist Neurastheniker. **V. Klingmüller** (Breslau).

20) **Barthélemy.** Note sur le traitement de l'epithélioma bénin de la peau. — Guérison en sept mois de lésions multiples et anciennes.

(Ann. de dermat. et de syph. 1900. No. 5.)

B. berichtet über einen Fall von Epithelioma benignum, das eine große Ulceration von einem Ohre zum anderen über den Scheitel wegziehend gebildet hatte mit handflächengroßer, oberflächlicher Nekrose der Schädelknochen. Außerdem bestanden noch 1—5Frankstück-große Herde im Gesichte und am Rumpfe. Eine Stelle an der Lippe wurde geheilt durch Auskratzung und Kauterisation, die anderen durch Chlorzinkätzungen. Die große Ulceration auf dem Kopfe wurde nach der Methode von Trunecek-Czerny behandelt und war bei der Demonstration bis auf 2 kleine Stellen zugeheilt. **V. Klingmüller** (Breslau).

21) **M. Andry.** Sur un kyste sous-épidermique à contenu gélatineux.

(Ann. de dermat. et de syph. 1900. No. 1.)

A. excidirte bei einer 60jährigen, gesunden, kräftigen Frau eine kleine Geschwulst an der Streckseite der 3. Phalange des linken Ringfingers. Makroskopische Beschreibung: erbsengroß, sehr hervorspringend, ganz oberflächlich sitzend, weich, transparent, mit einer Delle auf der Spitze. Sie bestand seit 7 oder 8 Monaten, wechselte in ihrer Größe, verschwand aber nicht ganz. Der Inhalt war eine durchscheinende gallertige Masse, ähnlich der von Synovialcysten. Die Wand wurde gebildet durch sehr festes, derbes Bindegewebe, das weder mit Epithel noch Endothel ausgekleidet war. Dagegen fanden sich Schweißdrüsenglomeruli theils normal, theils abgeplattet und komprimirt. A. glaubt, dass sich die Cyste im Ausführungskanale einer Schweißdrüse entwickelt hat.

V. Klingmüller (Breslau).

22) **E. W. Buggles.** Monilethrix.

(Journ. cut. and genito-urin. diseases 1900.)

Zu den 3 bisher von Amerikanern beschriebenen Fällen von Monilethrix (Spindelhaaren, d. h. in ziemlich regelmäßigen Abständen auftretende Verdünnungen des Haarschaftes, wodurch das ganze Haar perlschnurartig aussieht) fügt B. einen neuen hinzu, welchen er bei einem 36jährigen Arzte beobachtete. An beiden Unterschenkeln finden sich symmetrisch gelegene, ca. 20 : 15 cm große, mit kurzen, trockenen, zum Theil abgebrochenen Haaren besetzte Bezirke. Die Untersuchung

der Haare ergab auch in diesem Falle, dass die Spindelbildung, d. h. die Haarschafteinschnürung, bereits innerhalb des Follikels vor sich geht, dass die Zwischenräume zwischen den einzelnen Erscheinungen, also die Länge der Spindeln, verschieden sind, dass an den Einschnürungsstellen eine Pigmenthäufung sichtbar wird. An einzelnen Haaren sind vielfache spiralige Drehungen um die Längsachse wahrzunehmen. Auch die Haarfollikel zeigten Einschnürungen, welche denen des Haarschaftes entsprachen. (Gerade dieser Nachweis der Haarbalgzusammenschnürung erklärt die Entstehung der Monilethrix vollständig, und erübrigt die Annahme einer Trophoneurose. Ref.) **Chotzen** (Breslau).

16) **F. Balzer et L. Alquier.** Impetigo de Bockhart du cuir chevelu.
(Médec. moderne 1900. No. 63.)

56jähriger Mann, Wäscher von Tafelgeschirr, hat 6 Tage vor der Aufnahme an einem sehr heißen und besonders anstrengenden Tage an der Streckseite des linken Vorderarmes einen rothen Streifen bemerkt, der von der Hand bis zum Ellbogen hinzog und ihn durch unerträgliches Jucken zu unaufhörlichem Kratzen zwang. 2 Tage später war die Röthung verschwunden. Dafür aber waren am Handgelenke 2 oder 3 erbsengroße Pusteln erschienen. Zu gleicher Zeit wurde sein Kopf roth und unerträglich heiß. Seine Kameraden machten ihn darauf aufmerksam, dass der Kopf mit kleinen rothen Knötchen (»Hitzblattern«) bedeckt sei, die bei seiner Glatze besonders auffielen. Am 3. Tage erschienen eben solche Pusteln, wie am Handgelenke.

Bei der Aufnahme war der ganze Kopf im Bereiche der behaarten Kopfhaut mit Pusteln von Linsen- bis 50-Centimesstück-Größe bedeckt, die größten saßen auf dem kahlen Scheitel. Leichter Druck ließ aus ihnen einen Tropfen gelben Eiter hervortreten, an dessen Stelle dann ein gelber oder bräunlicher Schorf trat. Jede Pustel saß auf einer breiten, rothen, entzündeten Hautpartie, in deren Bereich der geringste Druck sehr schmerzhaft war. Zwischen den einzelnen Eruptionen lag gesunde Haut, nur selten waren einige kleinere konfluirt. An den Seiten und am Hinterkopfe nahmen die Pusteln an Größe ab und hörten an der Haargrenze auf. Das Allgemeinbefinden war nicht im Geringsten gestört; kein Fieber.

Der Eiter der Pusteln enthielt Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur. Unter permanenten Umschlägen mit Sublimatlösung 1 : 5000 und täglich einmaliger reichlicher Berieselung mit Karbollösung 1 : 200 heilten die Eruptionen in 5 Tagen vollkommen ab, eben so ein leichter Nachschub, und es blieben nur leicht geröthete Flecke mit etwas narbig eingezogenem Centrum zurück.

Während der Heilung traten einige kleine Abscesse in der rechten Achselhöhle und auf dem Mons Veneris auf, heilten aber rasch spontan.

Die Verff. besprechen in den anschließenden Bemerkungen die Differentialdiagnose des Leidens gegenüber der Impetigo contagiosa und der Acne necrotica. **R. v. Hippel** (Dresden).

24) **Desnos.** Sur un cas de résection de la prostate.
(Presse méd. 1899. No. 73.)

Verf. theilt einen Fall von Resektion der Prostata bei einem 58jährigen Manne mit, in welchem er nach Eröffnung der Blase durch Sectio alta zunächst drei kleine Steinchen und sodann den mittleren, wie ein Zäpfchen vorspringenden Drüsenlappen mit dem Messer entfernte; es wurde ferner galvanokaustisch noch ein dritter, in die Harnröhre vorspringender Drüsentheil entfernt, die Blasenwunde genäht, die Blase selbst mit Dauerkatheter drainirt. Nur kurze Zeit entleerte sich etwas Urin durch die Wunde; die Heilung erfolgte sonst ohne Störung. Das Resultat war ein sehr gutes, es war kein Residualharn mehr nachzuweisen; der Kranke konnte 5 Stunden lang am Tage das Wasser halten und die Nacht durchschlafen. — Verf. knüpft an diese Mittheilung eine Besprechung der Indikationen zu diesem immerhin eingreifenden Verfahren, wie sie gerade sein Fall in typischer Weise darlegt. Zunächst ist Bedingung die Kontraktionsfähigkeit der Blase; sodann ist die Art des Hindernisses ausschlaggebend; über diese kann nur die Cystoskopie sicheren Aufschluss geben. Ist die hervorragende Geschwulst gestielt

und beweglich, wie ein richtiges Gaumenzäpfchen, so ist die Operation ganz besonders indicirt; eine fixirte und nicht gestielte Barrière der Prostata gewährt weniger gute Aussichten. Es müssen in solchen Fällen keilförmige Excisionen ausgeführt werden. Eine einfache Discision genügt nicht immer. Eine gleichmäßig starke Hypertrophie der Prostata eignet sich nicht zur operativen Behandlung.

Tschmarke (Magdeburg).

25) **Donetti.** Contributo clinico e anatomo-patologico allo studio dei tumori maligni del rene.

(Morgagni 1900. No. 9.)

D. berichtet über 2 Fälle bösartiger Nierengeschwülste, deren Diagnose frühzeitig trotz mangelnden Nachweises einer fühlbaren Geschwulst gestellt werden konnte. Im ersten Falle trat bei einem 55jährigen Manne in Zwischenräumen von Wochen Blutharnen auf, zuerst ohne, später mit zunehmenden Schmerzen, die namentlich bei Druck auf die rechte Nierengegend sich zeigten. Keine Vergrößerung der Niere, keine Varicocele. Pat. stark abgemagert. Bei der Operation fand sich eine carcinomatöse Niere vom doppelten Volumen der normalen mit Höhlenbildung im oberen und vorderen Theile. Nierengeschwülste fühlt man nach Chevalier bei Erwachsenen in 26%, bei Kindern in 60% der Fälle im Beginne nicht.

In einem zweiten Falle traten bei einem 60jährigen Manne Harnblutungen ohne alle Schmerzen und ohne Eiterbeimengung zum Urin auf. Daneben bestanden zunehmende Abmagerung, linksseitige Varicocele und leichte Vergrößerung der linken Nierendämpfung. Die Operation ergab wieder ein Nierencarcinom, das die Niere um das $1^1/_2$fache verdickt hatte. **Dreyer** (Köln).

26) **Prochownik.** Nephrektomie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 38.)

In dem ersten der Fälle handelte es sich um eine Cystenniere, die zunächst einseitig war und Hydronephrose durch typische Koliken vortäuschte. Die Pat. war im 6. Monat gravida. Bei der Operation erweist sich die andere Niere ohne jede (von der Bauchhöhle aus tastbare) Veränderung. Das Präparat weist an keiner Stelle Andeutungen von Bösartigkeit auf. Nach 2 Jahren zeigte die andere Niere deutliches, ziemlich schnelles Wachsthum. An einer Stelle fühlt sich dieselbe weicher an. Im 2. Falle ebenfalls lumbare Nephrektomie wegen Nierentuberkulose. Bemerkenswerth ist, dass nach Einspritzung von Tuberkulin bei deutlicher Reaktion die eine (rechte) Niere anschwoll, tastbar schmerzhaft wurde, und dass mit Nachlassen der Anschwellung Tuberkelbacillen im Urin nachweisbar waren; vorher nicht. Dasselbe bei einem 2. Versuche. Auch die vorher bestandenen heftigen cystischen Erscheinungen gingen völlig nach der Exstirpation zurück.

Borchard (Posen).

Berichtigung.

Ein Druckfehler in No. 4 dieses Centralblattes veranlasst mich zu folgender kurzen Bemerkung.

In dem von W. Ebstein herausgegebenen Handbuche der praktischen Medicin schlug ich vor, statt des etymologisch schlecht gebildeten Wortes Gastroplicatio die Bezeichnung Gastroptyxis (nicht Gastroptysis, wie in dem Referate steht), das von πτυσσω-falten abgeleitet ist, anzuwenden. Da das betr. Kapitel des Handbuches von Chirurgen wenig gelesen werden wird, möchte ich diesen Vorschlag auch an dieser Stelle wiederholen. ***H. Braun*** *(Göttingen).*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. Sonnabend, den 23. Februar. 1901.

Inhalt: K. G. Lennander, Über die Sensibilität der Bauchhöhle und über lokale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen. (Original-Mittheilung.)

1) **Liebert,** Wachsthum der Carcinome. — 2) **Diakonow,** Topographische Anatomie und operative Chirurgie. — 3) **de Rouville** und **Braquehaye,** Chirurgie des praktischen Arztes. — 4) **Drehmann,** Händedesinfektion. — 5) **Gaglio,** Gelatine als Blutstillungsmittel. — 6) **White,** Blutveränderungen nach Bauchschnitten. — 7) **Hasenfeld,** Cirkulationsstörungen bei Bauchschnitt. — 8) **Jaboulay,** Chirurgie des Bauch- und Sacralabschnittes des Sympathicus. — 9) **Langemak,** Appendicitis. — 10) **Krylow,** Gastroenterostomie.

11) **Petersen,** Jahresbericht. — 12) **Niehues,** Zimmtsäurebehandlung bei chirurgischer Tuberkulose. — 13) **Kramer,** Neurolyse und Nervennaht. — 14) **Wilmer,** Basedow'sche Krankheit. — 15) **Gebele,** 16) **Roloff,** Brustdrüsengeschwülste. — 17) **Llobet,** 18) **Seldowitsch,** Stenose der Speiseröhre. — 19) **v. Hacker,** Fremdkörper in der Speiseröhre. — 20) **Ehrich,** Arrosionsblutungen bei Appendicitis. — 21) **Tacke,** Appendicitis im Bruchsack. — 22) **Füth,** Blasenverletzung bei Bruchschnitt. — 23) **Salogi,** Einklemmung bei weitem Bruchring. — 24) **Boks,** Magenoperationen. — 25) **Domenici,** Duodenalkrebs. — 26) **Grohé,** Doppelter Dickdarm. — 27) **Franke,** Leberechinococcus. — 28) **Letulle,** Gekröscyste. — 29) **Lothrop** und **Pratt,** Filariasis. — 30) **Bandelot,** Gelenkleiden bei hereditärer Lues. — 31) **Derinschinski,** Oberschenkelpseudarthrose. — **Tilmann,** Blutergelenk.

XXX. Chirurgenkongress.
Röntgenausstellung.

(Aus der chirurgischen Klinik in Upsala.)

Über die Sensibilität der Bauchhöhle und über lokale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen.

Von

Prof. **K. G. Lennander,** Hon. F. R. C. S., Eng.

Die Chirurgen haben lange geglaubt, dass die Empfindlichkeit für operative Eingriffe an Magen und Därmen nicht besonders groß sei, wenn überhaupt vorhanden. In der chirurgischen Klinik in Upsala ist es seit 10 Jahren Gebrauch gewesen, dass man bei Darm-

resektion wegen gangränöser Brüche und dergl. und bei Gastroenterostomien den Äther wegließ, sobald man zur Resektion selbst und zur Darmnaht kam. Die Pat. konnten dabei lange ohne Narkose sein, man ließ sie indessen nur in Ausnahmefällen vollständig erwachen. Dazu kommt, dass eintretendes Erbrechen nicht selten gezwungen hat, bei Zeiten zum Äther zurückzukehren. Es hat desshalb nicht die Rede davon sein können, irgend welche Beobachtungen über die Sensibilität im Innern der Bauchhöhle anzustellen. Im letztvergangenen September war ich indessen gezwungen, eine Köliotomie unter Anwendung von Schleich's Infiltrationsanästhesie auszuführen, die nur für die Haut und das Unterhautgewebe angewendet wurde. Ich hatte nämlich einige Tage vorher bei einem sehr schwachen Pat. eine Cholecysto-Jejunostomie gemacht. Der Verlauf war fieberfrei gewesen, aber die Galle war in den Magen zurückgetreten, und es war klar, dass ein unüberwindliches Hindernis für den Durchgang des Inhaltes von Magen und Darm nach unten zu im Zusammenhange mit der genannten Operation entstanden war. Bei der zweiten Operation fand ich die zur Gallenblasen-Dünndarmfistel führende Schlinge lebhaft roth und bis zu Armesdicke erweitert, die abführende Schlinge hingegen war blass und zusammengezogen. Ich stellte nun eine Enteroanastomose zwischen den beiden Schlingen her. Bei dieser Operation fand ich, dass das Peritoneum parietale äußerst empfindlich für die operativen Eingriffe ist und vor Allem für die Dehnung oder für leichtes Schaben, so z. B. für das Anlegen oder das Wegnehmen von Salzwasserkompressen zwischen den Eingeweiden und der vorderen Bauchwand. Im Gegensatze zu dieser großen Empfindlichkeit des Peritoneum parietale fand ich, dass man, ohne dass Pat. etwas merkte, sowohl den gesunden wie den kranken Darm in der Längsrichtung dehnen konnte, als man den Darminhalt aus den Theilen entleerte, die durch Anastomose vereinigt werden sollten. Man konnte ferner, ohne dass Pat. irgend welche Empfindung von Berührung oder Schmerz hatte, beide Schlingen mit Doyen's Darmzangen abklemmen, Incisionen mit dem Messer und der Schere in sie machen, Arterienklemmen auf blutende Gefäße aufsetzen und schließlich durch eine auf gewöhnliche Weise ausgeführte Darmnaht die Anastomose zwischen den beiden Schlingen vollenden, Alles zusammen vollständig schmerzlos. Hieraus muss man den Schluss ziehen, dass das Jejunum in seinem oberen Theile keine Nerven für die Auffassung von Schmerz oder Berührung besitzt. Der Umstand, dass man, ohne dass Pat. es merkte, Kompressen wegnehmen konnte, die man zwischen die Därme gelegt hatte, die aber nicht das Peritoneum parietale berührten, sprach dafür, dass auch das Dünndarmmesenterium in seinem oberen Theile keine Schmerz oder Berührung empfindenden Nerven hat.

Im Verlaufe des Herbstes habe ich auch zehn Operationen wegen Inguinalhernien bei lokaler Anästhesie (Infiltration der Haut nach Schleich, Einspritzung von $^1/_2$%iger Cocainlösung in den

N. ileo-hypogastricus und N. ileo-inguinalis nach Cushing's Abhandlung in den Annals of surgery, Januar 1900) ausgeführt. In einem Falle lag ein sehr großer, linksseitiger, irreponibler Netzbruch vor. Ich musste 260 g theils normales, theils durch chronische Peritonitis und Lipombildung verändertes Omentum entfernen. In diesem Falle konnte ich die große Empfindlichkeit am Bruchsackhalse und am nächsten Theile des Peritoneum parietale konstatiren. Ferner empfand Pat. Schmerz, als man das Omentum aus dem Bauche zog, um beurtheilen zu können, wie viel man entfernen sollte — Dehnung des Peritoneum parietale am Bruchsacke oder möglicherweise oben an der Flexura coli lienalis (?). Im Gegensatze zu dieser großen Empfindlichkeit am Peritoneum parietale fand ich nämlich, dass dem Omentum Schmerz oder Berührung empfindende Nerven vollständig fehlen. Weder in den chronisch veränderten, noch in den gesunden Theilen des Omentum hatte Pat. irgend eine Empfindung von Schmerz oder Berührung, wenn man das Omentum dehnte, oder wenn man es mit starken Zangen quetschte, oder wenn man die gewöhnlichen Arterienklemmen ansetzte, Ligaturen anlegte oder es durchschnitt.

Ich habe im November und December 1900 manche sehr herabgekommene Pat. zu operiren gehabt, für die es wünschenswerth war, allgemeine Narkose theilweise oder ganz und gar zu umgehen. Außerdem habe ich das Verhalten der Sensibilität an 2 Pat. mit Cökalfistel untersucht. Hierbei habe ich folgende Thatsachen gefunden: Der Magen ist in der Nähe seiner großen Kurvatur sowohl an der vorderen als auch an der hinteren Seite vollständig unempfindlich für den operativen Eingriff bei einer Gastroenterostomie (Abklemmung mit Doyen's Zangen, Incision, Ansetzen von Arterienklemmen, Anwendung des Thermokauters, Anlegung von Suturen, Abtrocknung der Serosa und der Schleimhaut mit Gaze etc.). An der vorderen Fläche des Magens in der Nähe der großen Kurvatur hat Pat. keine Wahrnehmung für Wärme oder Kälte. Er merkt nämlich nicht die Berührung mit einem kalten oder warmen Metallinstrumente oder mit einem Eisstücke. Kontrollversuche wurden an der Bauchhaut des Pat. gemacht, wo er Wärme und Kälte sofort empfand. Auch Jejunum, Ileum, Proc. vermiformis, Coecum, Colon transversum und Flexura sigmoidea haben keine Schmerz, Berührung, Kälte oder Wärme empfindenden Nerven; denn auch an diesen Theilen, im gesunden und im kranken Zustande, habe ich alle bei Resektionen, Anastomosenbildung etc. gewöhnlichen operativen Eingriffe ausgeführt und außerdem die Därme zwischen den Fingern, sowohl der Länge nach wie in der queren Richtung, kräftig gedehnt, so wie in einigen Fällen Wärme und Kälte versucht, ohne dass die Pat. irgend welche Empfindung dabei hatten. Die durch eine Fistel vorgefallene Schleimhaut des Coecum ist vollständig unempfindlich für Kompression, für Ätzung mit Lapis infernalis in Substanz, für Wärme und Kälte. Das Mesenterium am Proc. vermiformis, das Dünndarmmesenterium, das Mesocolon und das Mesosigmoideum sind ganz unempfindlich gegen

alle operativen Eingriffe in den Theilen, die zunächst am Darme liegen und mit denen man bei den gewöhnlichen Operationen zu arbeiten hat. Das Mesocolon ist ebenfalls empfindungslos an der gefäßarmen Stelle hinter dem großen Bogen zwischen der Art. colica sinistra und media, wo man das Mesocolon zu perforiren pflegt, um v. Hacker's Gastroenterostomia posterior auszuführen.

Eine Cholecystostomie hatte ich auszuführen in einem Falle von Gallenstein und chronischer Infektion (Bacterium coli und ein anderer Gram-beständiger Bacillus) mit unerträglichen Schmerzen vor der Operation. Ohne dass Pat. irgend welche Empfindung von Schmerz oder Berührung hatte, konnte man in diesem Falle die Gallenblase zusammenklemmen oder dehnen, wenn man nicht gleichzeitig an der Umgebung (zahlreiche Adhärenzen nach verschiedenen Richtungen) zog und wenn man nicht die Gallengänge vorzog. Man konnte ferner vollkommen schmerzlos und ohne dass Pat. die Berührung wahrnahm die Mucosa und die Serosa mit Lapis und dem Thermokauter ätzen, eine 3 cm lange Incision in die Gallenblase machen, sie mit Péan's Pincetten Behufs der Hämostase klemmen, ihre Innenseite mit dem Finger und dem Steinlöffel palpiren und schließlich ihr Inneres mit Jodoformgaze anfüllen, so wie die Ligaturen und Suturen an ihr anlegen. Es ist also vollständig klar, dass diese Gallenblase weder Schmerz- noch Berührungsnerven hatte. Den naheliegenden vorderen Leberrand konnte ich leise zwischen Daumen und Zeigefinger drücken, ohne dass Pat. es merkte. Ich konnte ferner die Leberserosa in der Nähe der Gallenblase mit einer feinen Nadel ritzen, sie mit dem Thermokauter berühren und mit Lapis ätzen, ohne dass Pat. diese Eingriffe merkte, die vorgenommen wurden, um eine adhäsive Peritonitis in der Nähe der Gallenblase hervorzurufen. Die Serosa der Harnblase habe ich mit Eis und warmen und kalten Metallinstrumenten berührt, ohne dass es Pat. merkte.

Alle Adhärenzen zwischen den Därmen unter einander, zwischen diesen und dem Omentum, zwischen diesem und der Harnblase, so wie zwischen der Gallenblase und dem Omentum und Mesocolon transversum habe ich durchschneiden oder durchbrennen können, ohne dass Pat. Schmerz empfand.

Die Pat. haben keinen Begriff davon, dass ihre Därme in einer Bauchwunde vorliegen und der Einwirkung der Luft ausgesetzt sind. Sie fühlen auch nicht, dass die Dünndärme sich kontrahiren, nicht einmal wenn die Peristaltik so heftig ist, dass das Lumen des Darmes bei jeder Zusammenziehung vollständig ausgefüllt erscheint, vorausgesetzt, dass sich keine Adhärenzen in der Bauchhöhle finden, so dass eine Dehnung des Peritoneum parietale entstehen kann, wenn die peristaltischen Bewegungen nach innen sich auf die in der Bauchhöhle liegenden Därme fortsetzen.

Ich habe ferner Gelegenheit gehabt, eine Niere zu untersuchen, die nach einer, ein paar Wochen vorher ausgeführten Nephrostomie in einer Lumbalwunde vorlag. Der konvexe (laterale) Rand der

Niere, oberhalb des Nephrostomieschnittes, wurde mit Eis, kalten und warmen Instrumenten berührt, mit dem Messer geritzt, mit Lapis geätzt, ohne dass Pat. irgend eine Empfindung davon hatte. Zuletzt öffnete ich in derselben Niere einen nussgroßen Abscess, wobei ich eine ungefähr $1/2$ cm dicke, makroskopisch betrachtet gesunde Lage der Nierenrinde durchschneiden musste. Die Wundränder ätzte ich mit Lapis. Auch diesen Eingriff bemerkte Pat. nicht.

Das Peritoneum parietale aber ist, wie ich schon vorher gesagt habe, sehr empfindlich gegen alle operativen Eingriffe. Dagegen glaube ich nicht, dass es Wärme- und Kältenerven besitzt. Hierüber habe ich jedoch nur einen Versuch gemacht, der der Kontrolle durch andere gleiche bedarf. Berührung mit Eis wurde dabei gar nicht empfunden; Berührung mit einem sehr warmen Metallgriffe wurde als »Stich« gefühlt, mit einem weniger warmen gar nicht. Bei Kontrollversuchen auf der Haut wurde Kälte und Wärme richtig empfunden. Es war das Peritoneum parietale hinter dem rechten Musc. rectus, dicht oberhalb der Blase, das in diesem Falle untersucht wurde. Durch diesen Versuch ist man also nicht weiter gekommen, als dass die Frage über die Wärme- und Kältenerven im Peritoneum parietale zum Gegenstande neuer Untersuchungen gemacht werden muss. Daher ist es nothwendig, ganz große Flächen zu untersuchen, da man sicher weiß, dass sich an der Haut am Schenkel und am Rücken Flecke von vielleicht 2—3 cm Durchmesser finden, wo keine Kältepunkte nachzuweisen sind. Der hier mitgetheilte Versuch spricht dafür, dass das Peritoneum parietale keine Berührungsnerven besitzt. Die Berührung mit kalten oder warmen Gegenständen wurde nämlich nur wahrgenommen, wenn das Metall sehr warm war, und dann als »Stich«, d. h. als eine Art von Schmerz.

Meine Erfahrung über die Sensibilität des Peritoneum parietale beschränkt sich auf die vordere Bauchwand an beiden Seiten, von der Mittellinie nach hinten bis zu der mittleren oder hinteren Axillarlinie, so wie auf das Peritoneum in beiden Fossae iliacae. Darüber weiß ich, dass die Serosa (Subserosa) sehr empfindlich für Klemmen (Arterienklemmen), für Schnitte, Kneipen, für den Thermokauter und nicht am wenigsten für Dehnung ist. Zu dem am meisten Schmerzhaften gehört, wie schon erwähnt, das Einlegen oder Ausziehen von Kompressen zwischen die Eingeweide und die Bauchwand. Wenn man das Coecum, das Colon ascendens, die Flexura coli hepatica, den Processus vermiformis, den untersten Theil des Ileum mit seinem Mesenterium auf solche Weise nach vorn hebt, dass eine Dehnung oder Spannung am Peritoneum parietale entsteht, so empfinden die Pat. stets mehr oder weniger Schmerz. Dasselbe gilt vom oberen Schenkel der Flexura sigmoidea[1]. Finden sich Ad-

---

[1] Ich habe nur solche Darmtheile genannt, die ich zu dehnen Gelegenheit gehabt habe.

härenzen zwischen dem Omentum oder den Därmen und dem Peritoneum parietale, so ruft jede (stärkere) Anspannung dieser Adhärenzen eine Dehnung des Peritoneum parietale hervor, die als Schmerz empfunden wird. Bringt man einen Finger an das Peritoneum parietale hinter der vorderen Bauchwand, so kann Pat. angeben, ob es auf der linken oder rechten Seite ist, wo man ihn berührt.

Die Empfindlichkeit der Parietalserosa gegen Schmerz beruht auf den in der Subserosa verlaufenden Nervenfasern von den Interkostal-, Lumbal- und Sacralnerven. Dies wird dadurch bewiesen, dass, wenn man bei einem lateralen Bauchschnitte die Nerven berücksichtigt und sie durchschneidet, die Serosa medial von dem Schnittrande gefühllos wird, wenn auch nicht in so großer Ausdehnung, als man von vorn herein erwarten möchte; das beruht aber auf den zahllosen Verbindungen zwischen den angrenzenden Nerven. Die Serosa wird auch gefühllos, wenn man am lateralen Rande der Wunde alle sichtbaren Nerven aufsucht und in jeden Nerven eine $^1/_2$—1 % ige Cocainlösung einspritzt. Eine wohlgelungene Infiltration der Subserosa nach Schleich macht auch die Serosa anästhetisch.

Unter der Betonung, dass nur der direkte Sensibilitätsversuch in jedem besonderen Theile der Bauchserosa entscheidende Bedeutung für unsere Auffassung der Sensibilität in der Bauchhöhle haben kann, bis eine derartige Untersuchung ausgeführt ist, dürfte man doch annehmen können, dass die Serosa (Subserosa) an der Bauchwand Gefühlsnerven in gleicher Ausdehnung empfängt, wie die Interkostal-, Lumbal- und Sacralnerven an der Außenseite der Serosa verlaufen, d. h. von den Foramina intervertebralia (sacralia) anteriora bis zur Linea alba, so wie an der Vorderseite der Mm. psoas, wo diese Muskeln ihren Ursprung von den Wirbelkörpern nehmen. Es dürfte hingegen unsicher sein, ob die Serosa vor den Nieren Gefühl hat, da die Interkostalnerven und die Nn. ileo-hypogastricus und ileo-inguinalis an der Hinterseite der Nieren liegen. Die Lage der Ureteren ist so beschaffen, dass diese während ihres ganzen Verlaufes Gefühlsnerven empfangen können (Nierensteinkolik = Ureterkolik). Bis vor einigen Tagen erachtete ich es auch für sicher, dass auch die Serosa vor der Wirbelsäule Sensibilität besitze, aber es wurde mir zweifelhaft durch folgenden Versuch. Ich hatte die Gastroenterostomie und Enteroanastomose bei einem Pat. gemacht, der vollständig wach und bei Bewusstsein war, als ich mit einem Zeigefinger auf den 4. Lumbalwirbel, wie ich glaube, an der rechten Seite der Aorta drückte. Er fühlte nicht, dass ich ihn berührte. Eben so verhielt es sich, wenn ich mit dem Finger auf das Promontorium in der Mittellinie des Körpers drückte. Kam ich dagegen während dieses Sensibilitätsversuches mit den anderen Fingern an die Bauchwunde oder an das Peritoneum parietale, dann bemerkte er sofort, dass ich ihn berührte. Derselbe Pat. hatte auch keine Empfindung davon, dass ich leise sein Dünndarmmesenterium nach vorn von dessen Wurzel dehnte. Ich möchte annehmen, dass es der mittelste Theil des Mesen-

terium war, der gedehnt wurde. Ich halte es desshalb noch nicht für ausgemacht, ob die Serosa vor den 2 unteren Lumbalwirbeln oder vielleicht auch vor den Sacralwirbeln zwischen den beiden Sympathicussträngen Sensibilität besitzt. Lateral davon liegen die Mm. psoas major und minor auf jeder Seite vom Rückgrate. Da diese Muskeln von cerebrospinalen Nerven durchsetzt sind, ist es, wie ich schon vorher sagte, glaublich, dass die Serosa vor beiden Mm. psoas Sensibilität besitzt. So viel ich weiß, giebt es keine Untersuchungen über die Sensibilität des Diaphragma. Ich selbst habe bei der vorher erwähnten Cystostomie nur konstatiren können, dass das Einstopfen von Kompressen zwischen das Diaphragma und die vordere Leberfläche in der Gegend der Mammillarlinie für den Pat. besonders schmerzhaft war. Da indessen das Diaphragma von den 6 untersten Paaren der Interkostalnerven innervirt wird, und außerdem beide Nn. phrenici als sensitive Fasern führend betrachtet werden, kann man, bis Sensibilitätsuntersuchungen das Gegentheil ergeben haben, annehmen, dass nicht nur der Zwerchfellmuskel, sondern auch die beiden Serosablätter, das thorakale und das abdominale, Sensibilität besitzen. Dafür sprechen auch die Interkostalneuralgien, die bei subphrenischen Abscessen vorkommen können. Da das Diaphragma seinen Ursprung von der Vorderseite der Wirbelsäule nimmt, hinab bis zum intermediären Knorpel zwischen dem 3. und 4. Lumbalwirbel, kann man auch bis auf Weiteres annehmen, dass die Parietalserosa vor dem 12. Brustwirbel und den 3 oberen Lendenwirbeln Sensibilität besitzt und dass sich Gefühlsnerven hinter dem fixirten Theile des Duodenum und also auch in der Umgebung des Ductus choledochus finden. Man muss ferner an die Möglichkeit denken, dass eine Anzahl sensitive Fasern durch die Ligg. coronaria auf die zunächst gelegenen Theile der Leber und ihrer Serosa übergehen können. Alles, was ich hier über die Sensibilität am Peritoneum parietale, am Diaphragma und vor den 3 oberen Lumbalwirbeln gesagt habe, ist indessen nur eine Hypothese. Die anatomische Anordnung der Nerven hat nämlich bei diesen Fragen keine Bedeutung, weil man ja nach dem anatomischen Aussehen eines Nerven nicht über seine Funktionen urtheilen kann. Der direkte Sensibilitätsversuch bedeutet hier Alles.

Will man alles hier Gesagte in eins zusammenfassen, so ergiebt sich, dass Magen, Darmkanal und Mesenterien, so wie die Gallenblase weder Schmerz-, noch Berührungs-, Wärme- oder Kältenerven besitzen und das Peritoneum parietale[2] sehr reich an Schmerznerven ist.

Hierzu ist nun zu bemerken: 1) dass ich nur Gelegenheit gehabt habe, die vordere und hintere Seite des Magens in der Nähe der

[2] Unter Peritoneum parietale (Parietalserosa im Gegensatze zu der Visceralserosa) begreife ich so wohl die Serosa, als auch die Subserosa, während die Parietalserosa in der engeren Bedeutung des Wortes nur eine einzige Schicht von Endothelzellen umfasst.

großen Kurvatur zu untersuchen, 2) dass icht nicht die Magen- und Darm-Schleimhaut mit chemischen Reizmitteln untersucht habe, außer im Coecum (2 Fälle) und in der Flex. sigmoidea (1 Fall), alle 3 Male mit Lapis in Substanz. Die Möglichkeit, dass besonders der Magen für chemische Reizmittel schmerzempfindlich sein kann, bleibt desshalb zu untersuchen übrig; 3) die Empfindlichkeit des Peritoneum parietale (der Subserosa) für Schmerzen ist konstatirt an der vorderen Bauchwand und in beiden Fossae iliacae, für die übrigen Theile aber nehme ich aus den Gründen, die ich vorher angeführt habe, an, dass sie vorhanden ist.

Um zu zeigen, wie diese meine Auffassung sich von denen der Autoren unterscheidet, die neuerdings über die betreffende Frage geschrieben haben, will ich nur den Chirurgen und Anatom Byron Robinson (Chicago, Ill.) und den Professor der Chirurgie in Kopenhagen Oscar Bloch anführen. Robinson hat in seiner großen Arbeit »The Peritoneum« (Chicago 1899) Alles zusammenzustellen gesucht, was man über die Histologie und Physiologie der gesunden Serosa weiß. Wo von der Sensibilität die Rede ist, sagt er, dass die gesunde Serosa sehr wenig empfindlich ist, und er führt als Beweis hierfür an, dass man bei einem Versuchsthiere die Därme mit trockner Gaze reiben kann, ohne dass es das Thier zu merken scheint, aber im entzündeten Zustande gehen von der Serosa »the most agonizing pains« aus. Er erwähnt den großen Reichthum an Nervenfasern und Nervenplexus in der Subserosa der Gallenblase und sagt, dass man daraus »the excruciating pain« bei der Gallensteinkolik verstehen könne. Bloch hat in seiner Arbeit »Om Inskränkning i Anvendelsen af Inhalationsanästhesi«[3] ein Kapitel »om de forskjellige Vävs Sensibilitet«, in dem eine Menge besonders interessante persönliche Erfahrungen über die Sensibilitätsverhältnisse in allen Theilen des Körpers gesammelt sind. Bloch's Auffassung der Sensibilität in der Bauchhöhle ist, wie ich glaube, durch folgende 4 Citate charakterisirt. »Sowohl das Peritoneum parietale wie das viscerale ist nicht sensibel. — — Man kann das Peritoneum parietale durchschneiden, man kann klemmen, kneipen, schneiden und zwicken an gesunden Därmen, ohne dass der Pat. Schmerz dabei fühlt, ja bisweilen merkt er nicht einmal die Berührung!« (l. c. p. 33). »Das kranke Peritoneum ist dagegen, besonders bei akuten Entzündungen, sehr sensibel; man denke bloß an Peritonitis und gewöhnlichen Magenschmerz« (l. c. p. 35). »Sicher ist es nach meiner eigenen Erfahrung, dass man die Mucosa des Darmes berühren, zwicken oder schneiden kann, ohne dass Pat. Schmerz dabei empfindet.« — — »Im Magen selbst und in den Därmen liegen bisweilen die Nahrungsmittel und wälzen sich und passiren den langen Weg unter lebhafter Peristaltik der Därme selbst, ohne dass man das ahnt, wenn der Darm gesund ist« (l. c. p. 40).

---

[3] Nord. med. Arkiv 1899.

Die hier nach Bloch und Robinson angeführte Ansicht ist die, die schon seit Flourens von den Physiologen allgemein angenommen ist. So schreibt Charles Richet (Artikel Douleur p. 186 im 1. Fascicule du tome V. seines »Dictionnaire de physiologie« Paris 1900): »Cette différence de sensibilité entre des parties enflammées et des parties saines est telle que certains organes, absolument insensibles normalement, deviennent sensibles aux excitations douloureuses, quand ils s'enflamment.«

Für mich liegt etwas Unbegreifliches in einer solchen Auffassung. Hierzu kommt, dass ich selbst in Fällen von akuter Peritonitis die Visceralserosa und die Därme eben so insensibel gefunden zu haben glaube, wie in gesundem Zustande.

Wie stimmen nun meine Sätze: 1) das Peritoneum parietale ist reich an Schmerznerven; 2) Peritoneum viscerale, Magen und Darmkanal, Gallenblase, Nieren und Leber haben keine Schmerz-, Berührungs-, Wärme- und Kältenerven, mit dem täglich beobachteten Verhalten überein? (Zu beachten ist, dass die Sensibilität an der Leber und Niere nur in je einem Falle untersucht worden ist und beide Male nur ein ganz kleiner Theil der betreffenden Organe.) Es ist hier zunächst auf die allgemein bekannte Erfahrung hinzuweisen, dass ein gesunder Mensch keine Empfindung von der Verdauungsarbeit hat, auch bei der verschiedensten Diät nicht. Eben so wenig erfährt er von der Arbeit der Leber oder der Nieren. Es muss ja auch als eine Wahrheit betrachtet werden, dass der Mensch keinen Nutzen davon hätte, wenn er die Wanderung der Nahrung durch seinen Körper erführe, vom Passiren des Schlundes an, bis die Exkremente fertig sind, um das Rectum zu verlassen. Eine Menge Beobachtungen sprechen dafür, dass Gallensteine lange Zeit in der Gallenblase vorhanden sein können, ohne dass die Pat. irgend welchen Schmerz empfinden. Magen- und Darmgeschwüre können ganz schmerzlos verlaufen. Es sind Fälle bekannt, in denen die ersten Schmerzen im Zusammenhange mit der Perforation und Peritonitis auftraten. Jeder dürfte erfahren haben, dass man selbst bei heftiger Darmperistaltik sehr oft keine andere Empfindung von den Bewegungen der Därme hat, als das Kollern im Leibe, das durch die Fortbewegung der Gase in den Därmen verursacht wird — »es kollert im Leibe«. Aber, was ist dann Darmkolik? Sobald die Theile des Darmes, die kein Mesenterium haben, oder die an das Peritoneum parietale durch Peritonealduplikaturen oder durch Adhärenzbildungen fixirt sind, die so gewöhnlich sind, dass sie fast normal genannt werden können, nämlich das Coecum, das Colon ascendens, die Flexura coli hepatica und lienalis, so wie das Colon descendens, sobald, sage ich, diese Darmtheile mehr als gewöhnlich ausgedehnt werden, dann wird das Peritoneum parietale nach ihnen hin und vielleicht auch zum Theile über die ausgedehnten Därme gezogen. Hierdurch entsteht eine Dehnung der Nerven in der Sub-

serosa in der Bauchwand. Nach dem, was vorher gesagt worden ist, scheint kein Eingriff an dem Peritoneum parietale so schmerzhaft zu sein, als eine rasche Dehnung. Die Ursache des Kolikschmerzes ist desshalb nach meiner Ansicht eine hastig aufgetretene Dehnung der Nerven im Peritoneum parietale im Zusammenhange mit einer akuten Ausdehnung irgend eines Theiles des Darmkanales. Noch größer wird wahrscheinlich die Dehnung der Nerven und in Folge dessen auch die Kolik, wenn angrenzende Theile der genannten Därme gleichzeitig stark zusammengezogen und sehr bedeutend ausgedehnt sind. Ist das ganze Colon stark von Gasen ausgedehnt, so kommt dazu außerdem ein allgemeines Gefühl von Spannung und Völle im ganzen Bauche, und noch schlimmer wird es natürlich, wenn auch der obere Theil des Digestionskanales abnorm ausgedehnt ist. Dass die Beschwerden sehr bald auch nach oben in der Brust gefühlt werden — »es steckt wie ein Pfahl in der Brust« — ist ja nicht wunderbar, da es zum Theil die Serosa des Diaphragma ist, die der Dehnung ausgesetzt ist. Der hierdurch hervorgerufene Schmerz kann wahrscheinlich zu abnormen, an und für sich schmerzhaften Kontraktionen des Diaphragma mit folgenden Störungen der Respiration führen. Dass diese Erklärung des Kolikschmerzes richtig ist, wird dadurch bewiesen, dass die Schmerzen ganz allmählich nachlassen und verschwinden, je nachdem die Dehnung dadurch abnimmt, dass die Darm- und Magengase durch den After oder den Mund abgehen.

Wenn das Duodenum mehr als gewöhnlich ausgedehnt oder krampfhaft zusammengezogen wird, so muss das auch als Schmerz empfunden werden. Unter gesunden Verhältnissen glaube ich nicht, dass andere Störungen vom Magen-Darmkanal ausgehen, als diejenigen, die durch eine solche Dehnung der Nerven im Peritoneum parietale, von der hier die Rede ist, erklärt werden können.

Hochgradiger Ascites bringt ja ein Gefühl von Schmerz und Spannung mit sich; dass er keine akuten Schmerzen mit sich bringt, beruht aller Wahrscheinlichkeit nach darauf, dass die ganze Bauchwand nur nach und nach bei der Ansammlung der Flüssigkeit gedehnt wird.

Von den Krankheiten im Magen-Darmkanale (Infektionen der Mucosa, Ulcera rotunda, dysenterische, tuberkulöse, typhöse etc. Geschwüre, Krebs etc.) glaube ich nicht, dass sie eher Schmerz verursachen, als bis sie eine begrenzte oder diffuse Entzündung im Peritoneum parietale verursacht haben. Diese dürfte in den meisten Fällen durch eine Lymphangitis eingeleitet werden, zuerst in den Darmwänden und den Lymphbahnen des Mesenteriums und dann in denen des Peritoneum parietale, und nicht selten vereint mit einer Lymphadenitis. Führt nun die erwähnte Entzündung im Peritoneum parietale zu Verwachsungen, z. B. zwischen dem Magen und der vorderen Bauchwand oder der hinteren Bauchwand oberhalb

des Pankreas[4], so kann man verstehen, dass die Schmerzen nicht eher zur Ruhe kommen, als bis das Magengeschwür geheilt wird, wie z. B. nach einer Gastroenterostomie. Die Entzündung in der Subserosa der Bauchwand und in den umgebenden Theilen wird nämlich durch eine beständige Zufuhr von neuen Infektionsstoffen vom Magen aus unterhalten. Dasselbe dürfte auch von allen Darmgeschwüren, von allen ulcerirenden bösartigen Geschwülsten etc. gelten, wenn der Grund des Darmgeschwüres mit dem Peritoneum parietale verwachsen ist.

Die Schmerzen bei Adhärenzen sind auch leicht zu verstehen. Nur Adhärenzen, bei denen eine Dehnung am Peritoneum parietale zu Stande kommen kann, verursachen Schmerz. Es ist begreiflich, dass ein einfaches Band oder eine strangförmige Adhärenz mehr Störung verursachen kann, als eine mehr diffuse Adhärenzbildung. Diese zuletzt genannte gestattet nämlich oft weder eine stärkere Erweiterung, noch Zusammenziehung der adhärenten Därme. Die Schmerzen bei der chronischen Appendicitis beruhen auf einer chronischen Lymphangitis und Lymphadenitis in der parietalen Subserosa und auf Verwachsungen mit dem Peritoneum parietale und dadurch entstandener Dehnung der Nerven der parietalen Serosa bei wechselnder Zusammenziehung und Erweiterung des Ileum und Coecum. Oft geben diese Pat. an, dass sie den Augenblick des Passirens der Darmgase an der schmerzhaften Stelle im Bauche fühlen und angeben können. Es ist zu berücksichtigen, dass die Subserosa, durch welche die Lymphbahnen von der Appendix ausgehen, vor dem M. psoas liegt. In Folge der Bewegungen dieses Muskels kann natürlich auch eine geringe Entzündung in der Serosa und dem Bindegewebe, die vor ihm liegen, Schmerzen und unangenehme Empfindung mit sich bringen.

Der Raum gestattet eine längere Diskussion dieser interessanten Themata nicht; es ist aber doch nöthig, kurz der akuten Peritonitiden zu gedenken. Es kommt vor, dass ein Pat. dabei so wenig Druckempfindlichkeit über dem Bauche zeigt, dass, obwohl alle übrigen Zeichen auf eine diffuse oder lokale Peritonitis hindeuten, man doch bei einer nicht nennenswerthen Druckempfindlichkeit kaum wagt, die Gegenwart dieser Krankheit anzunehmen. Ich will das Gesagte durch ein paar Beispiele illustriren. Vor mehr als einem Jahre kam in die chirurgische Klinik eine Pat. mit der Diagnose diffuse Peritonitis. Der diensthuende Assistent meinte, dass die Druckempfindlichkeit über dem Bauche gar zu unbedeutend sei, um zur Annahme dieses Leidens zu berechtigen, er schickte vielmehr die Pat. in die medicinische Klinik mit der Diagnose Abdominaltyphus. Eine ganz deutliche Empfindlichkeit im kleinen Becken bei der Palpation vom Rectum und von der Vagina aus glaubte er auf die geschwollene und entzündete Schleimhaut des Rectums zurückführen zu dürfen. Die

[4] Über die Sensibilität des Pankreas weiß man nichts.



Pat. lebte noch 14 Tage. Der Bauch wurde mehr ausgedehnt, aber die Druckempfindlichkeit über der Bauchwand war die ganze Zeit bemerkenswerth gering. Bei der Sektion fand man Abdominaltyphus und zwei Darmperforationen. Im kleinen Becken und in den centralen Theilen des Bauches fand sich eine große Höhle, die nach oben zu abgegrenzt wurde vom Mesocolon und Colon transversum, nach den Seiten vom Colon und nach vorn zu vom Omentum, das »lockerer oder fester adhärent war an der vorderen Bauchwand«, aber durch Bindegewebebildung unten im kleinen Becken festgewachsen war. Ein anderes Beispiel: Ich operirte neulich einen 44 Jahre alten Mann wegen trockner, diffuser Streptokokkenperitonitis, die von einer im kleinen Becken adhärenten, nekrotischen, aber nicht perforirten Appendix ausging. Es war starke Empfindlichkeit bei der Palpation vom Rectum aus vorhanden, aber eine höchst mäßige Empfindlichkeit bei Druck auf die vordere Bauchwand. Es zeigte sich, dass das Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand ein natürliches Aussehen hatte, und dass ein fettreiches Omentum mit nur geringer Gefäßinjektion zwischen der vorderen Bauchwand und den gerötheten Därmen ausgebreitet lag. Pat. starb am 4. Krankheitstage, $2^1/_2$ Tage nach der Operation. Man vergleiche hiermit die hochgradige Druckempfindlichkeit in solchen Fällen von geringer Appendicitis, in denen die Appendix mit der vorderen Bauchwand verwachsen war und die Parietalserosa folglich bei jedem neuen Anfalle sofort entzündet wurde. Die Druckempfindlichkeit an der vorderen Bauchwand hängt also in sehr hohem Grade davon ab, ob auch das vordere Peritoneum parietale entzündet ist. Bei allen Beckenperitonitiden und bei allen diffusen Peritonitiden hat die Palpation von der Vagina und besonders vom Rectum aus die allergrößte Bedeutung, weil man mit dem Finger der kranken Parietalserosa im kleinen Becken nahe kommt. So weit nach oben wie in gleicher Höhe mit der Fossa Douglasii hat das Rectum wahrscheinlich keine Sensibilität (vergl. hierüber Bloch, l. c. p. 34, 35). Wenn ein Entzündungsherd so gelegen ist, dass kein Theil des Peritoneum parietale[5] von der Entzündung berührt wird, weder direkt, noch sekundär (z. B. durch eine retroperitoneale Lymphangitis), muss er nicht Veranlassung zu spontanen Schmerzen oder auch nicht zu Druckempfindlichkeit geben.

Einige Worte über lokale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen.

Dieser Aufsatz ist schon gar zu lang für das Centralblatt für Chirurgie. Ich muss mich desshalb kurz fassen.

Bei Inguinalhernien bin ich Cushing (l. c.) gefolgt. Infiltration der Haut nach Schleich. Ich habe seine Lösung No. 2 4mal verdünnt (d. h. 0,05 Cocain und 0,01 Morphium auf 200 ccm

[5] Es ist zu beachten, dass es ungewiss ist, ob die Parietalserosa vor der unteren Hälfte der Lumbalgegend und der Sacralgegend zwischen den beiden Sympathicussträngen Sensibilität besitzt.

7,5%ige Kochsalzlösung). Schnitt bis zur Aponeurose im oberen lateralen Theile der Wunde. Nach Theilung der Aponeurose in der Faserrichtung derselben sieht man 1 oder 2 Nerven, die Nn. ileo-hypogastricus und ileo-inguinalis. Man spritzt eine Pravaz'sche Spritze oder mehr von 1/2%igem (Cushing 1%igem) Cocain in jeden Nerven. Nun kann man das subkutane Bindegewebe und die Aponeurose in der ganzen Ausdehnung des Operationsfeldes schmerzlos durchschneiden; die Zweige des Nervus ileo-hypogastricus, die zusammen mit einer größeren Vene den Ann. inguinalis subcutaneus kreuzen, sind nämlich nun anästhetisch. Sieht man unter der Aponeurose oberhalb des Ligamentum Pouparti noch einen weiteren Nerven, so ist es geboten, auch in ihn Cocain einzuspritzen. Danach wird die Muskulatur (Mm. obliquus int. und transvers.) sammt den cocainisirten Nerven nach oben gebracht und die Bruchoperation auf gewöhnliche Weise ausgeführt. Cushing hat theils nach Bassini, theils nach Halsted operirt und hat außerdem in mehreren Fällen auch gleichzeitig den Hoden exstirpirt. Alle diese Eingriffe sind schmerzlos oder fast schmerzlos gewesen. Nach meiner Erfahrung (ich habe nur nach Bassini operirt) sind der Bruchsaekhals selbst und die angrenzenden Theile des Peritoneum parietale nie ganz gefühllos gewesen. In einem Falle, in dem ich die Kastration machen musste, amputirte ich den Samenstrang hoch oben, d. h. am Ann. inguinalis peritonealis. Dabei hatte Pat. vollständiges Gefühl. Derselbe Pat. fühlte auch Schmerz, als ich den Hoden vom Boden des Scrotum ablöste (N. pudendus, vergl. Cushing). Die Nervenvertheilung in der Inguinalgegend ist indessen so wechselnd, dass man, wie gesagt, bisweilen nicht mehr als einen Nerven findet, und in Folge dessen kann auch irgend ein anderer Akt der Operation als der genannte mit Schmerz verbunden sein, so z. B. die Ablösung des Funiculus spermaticus nach Bassini. Im Bruchsacke festgewachsenes Omentum und ein Meckel'sches Divertikel habe ich exstirpirt, ohne dass Pat. es merkte. Bei Cruralhernien kann man vermuthlich mit Schleich's Infiltration auskommen. Will man das starke Ödem im tieferen Theile des Operationsfeldes umgehen, kann man, wie ich es in 2 Fällen gemacht habe, Cushing's Methode für Inguinalbrüche auch bei Cruralhernien anwenden. Ich machte die Infiltration nach Schleich vor dem Lig. Pouparti,] öffnete die Aponeurose und spritzte Cocain in den oder die Nerven, die ich unmittelbar über dem Lig. Pouparti sah, nämlich den N. ileo-inguinalis und den medialen Zweig des N. genito-cruralis (vergl. Tafel 54 in Hirschfeld-Leveillé's bekanntem Nervenatlas). Danach sind die oberen und die medialen Theile der Fossa ovalis gefühllos, aber das Vorziehen und das Abbinden des Bruchsackhalses sind fortwährend schmerzhaft. Diese Art, die lokale Anästhesie herzustellen, dürfte Demjenigen willkommen sein, der Kocher's Methode anwendet (s. Cruralbruch in der neuesten Auflage von Kocher's Operationslehre). Finden sich Zeichen von Infektion in der Umgebung einer eingeklemmten Hernie, dann wage ich Schleich's Verfahren nicht anzuwenden. Ich bin nämlich

überzeugt, dass es zu Bakteriämie führen kann, eben so wie ich glaube, dass man auf dieselbe Weise bösartige Neubildungen und Tuberkulose verbreiten kann. In solchen Fällen kann man eine $^1/_2$ %ige Cocainlösung in die Haut selbst einspritzen oder vielleicht besser Äthylchlorid lokal und eine leichte Morphium-Äthernarkose anwenden. Wird der Bruch gangränös befunden, dann macht man bei Cruralhernien einen Bauchschnitt zur Umgehung der Durchschneidung des Lig. Pouparti. Sobald die Därme für die Resektion zurechtgelegt sind, wird mit der Narkose aufgehört.

Ich bin stets skeptisch gewesen in Hinsicht auf die Ausführung von Köliotomien unter lokaler Anästhesie. Ich habe nämlich eine reiche Erfahrung darüber, wie schädlich Schmerzen auf ein schwaches Herz einwirken. Nach dem, was ich im letztvergangenen Herbste gesehen habe, glaube ich indessen, dass eine Vereinigung von lokaler und allgemeiner Anästhesie die Zukunft für sich hat in allen den Fällen, in denen man sich vor einer gewöhnlichen Narkose fürchtet. Man kann vor dem Beginne der Operation $^3/_4$ oder 1 cg Morphium einspritzen und zugleich Schleich's Infiltration in und unter der Haut und der Aponeurose anwenden. Ist es nicht gelungen, die Subserosa zu infiltriren, oder will man sich keine Beschwerden damit machen, so lässt man den Pat. Chloroform oder Äther einathmen. Sobald er nicht reagirt, wird das Peritoneum parietale durchschnitten, Adhärenzen an dem Peritoneum parietale werden gelöst. Die Eingeweide werden zurechtgelegt für Resektion, Anastomosenbildung, Exstirpation des Proc. vermiformis, Entfernung von Gallensteinen etc. Danach wird sofort mit der Inhalation des Anästheticums aufgehört. Vermuthlich kann man auch schmerzlos Geschwülste der Ovarien, der Tuben und des Uterus exstirpiren, wenn man nicht gleichzeitig die Befestigungen des Uterus oder der Adnexe an die Beckenwand zu dehnen braucht. Zum Herausnehmen von Kompressen aus der Bauchhöhle, zur Zurücklegung der Eingeweide und zum Zusammennähen des Peritoneum parietale leitet man wieder allgemeine Anästhesie ein. Auf diese Weise werden die Operationen wirklich schmerzlos, und gleichzeitig ist dabei die verbrauchte Menge von Chloroform und Äther gering. Es gilt, so wenig Chloroform oder Äther anzuwenden, dass Pat. nicht zum Erbrechen während der Operation kommt. Ich selbst wende Äther an, wenn sich keine Kontraindikation gegen ihn von Seiten der Luftwege findet. Man braucht dabei einen längeren Bauchschnitt als bei gewöhnlicher Anästhesie, da die Dehnung der Bauchwunde mit Haken besonders schmerzhaft ist. Es ist auch von Gewicht, einen bequemen, im nordischen Klima erwärmbaren, Operationstisch zu haben, auf dem der Pat. richtig und gut liegt, und mit dessen Hilfe man die Beckenhochlage oder die Beckentieflage ausführen und den Pat. auf die Seite wenden kann, ohne ihn aus der Lage zu rücken. Diese Anforderungen werden, glaube ich, von einem Laparotomietische erfüllt, der unter meinem Beirath von den beiden Kopenhagener Ärzten Dr. Fenger Just und

Dr. Madsen konstruirt worden ist. Er findet sich neuerdings in der Hospitals Tidende (No. 47, 1900) beschrieben. Man muss ferner darauf sehen, dass der Pat. die Instrumente nicht sehen und womöglich auch nicht hören kann. Eine Person muss die ganze Zeit damit beschäftigt sein, den Pat. zu unterhalten und seine Wünsche zu beobachten — »the moral anaesthesist«.

Ich hoffe bald Gelegenheit zu haben, in den »Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie« ausführlich diesen Stoff zu behandeln, mit Anführung der Angaben über die Sensibilitätsverhältnisse in der Bauchhöhle, die man in der Litteratur finden kann, und mit Wiedergabe meiner Operationsprotokolle.

Upsala, 23. December 1900.

---

1) W. Liebert. Zur Frage des peripheren Wachsthums der Carcinome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Nach L.'s Untersuchungen kommen sekundäre Verschmelzungen von Carcinomen mit normalem Deck- und Drüsenepithel am Rande von Geschwülsten entschieden häufiger vor, als sie von anderer Seite bisher anerkannt worden sind. Dieselben spielen beim peripheren Wachsthum der Carcinome eine große, doch keineswegs ausschließliche Rolle. Bei über 60 Hautcarcinomen konnte dieser sekundären Vereinigung von Carcinomzapfen mit normalem Epithel nur etwa in der Hälfte der Fälle eine erhebliche Bedeutung zugeschrieben werden, in anderen Fällen handelte es sich zweifellos um peripheres Wachsthum des Krebses durch von einander unabhängige, multiple Tiefenwucherungen.

Mit Ribbert wird von Verf. hervorgehoben, dass es zum mindesten bedenklich sei, von älteren, ulcerirten Carcinomen Schlüsse auf die Histogenese des Krebses zu ziehen. **Honsell** (Tübingen).

---

2) P. J. Diakonow. Lernen und Lehren in der topographischen Anatomie und operativen Chirurgie.

(Chirurgia Bd. VI. p. 81—116. [Russisch.])

Der bekannte russische Chirurg äußert sich in sehr bemerkenswerther Weise über obiges Thema, das, obwohl hauptsächlich auf die russischen Universitäten Bezug nehmend, auch für die Unterrichtsverhältnisse anderer Länder manches Lehrreiche enthält.

(Zum besseren Verständnisse sei in aller Kürze auf einige Besonderheiten des chirurgischen Unterrichts in Russland hingewiesen.

Während es in Deutschland nur eine chirurgische Klinik und einen Ordinarius für Chirurgie giebt, ist der chirurgische Unterricht in Russland unter 3 Ordinarien vertheilt. Zunächst giebt es 2 chirurgische Kliniken, die Fakultäts- und die Hospitalklinik.

Die erstere, die Fakultätsklinik, hat die Aufgabe, mehr die allgemeine Chirurgie, Untersuchungsmethoden und allgemeine Therapie zu behandeln. Sie wird von den Studenten des 4. Kursus besucht.

Die Hospitalklinik dagegen dient zur weiteren Vervollkommnung in den praktischen Aufgaben des Arztes, und in ihr werden die Studenten des 5. Kursus beschäftigt. Ihr Gebiet ist mehr die Kasuistik.

Außerdem giebt es aber drittens einen Lehrstuhl für topographische Anatomie und operative Chirurgie mit einem besonderen Institute. Dieses Institut in Moskau ist eben der Wirkungskreis des Prof. P. J. Diakonow. Außer den beiden letztgenannten Gegenständen gehört zu den Lehraufgaben dieses Instituts noch das Gebiet der Frakturen und Luxationen, der Verbandskurs und auch noch Orthopädie. Das Institut ist mit reichlichen Mitteln und Vorrichtungen für die Betreibung anatomischer Übungen und Einrichtungen für Vivisektionen ausgestattet.

Auch enthält es eine pathologisch-anatomische Sammlung chirurgisch interessanter Präparate und eine Sammlung alter Instrumente für Lehrzwecke. Das Institut gehörte zu jenem »klinischen Städtchen« auf dem Jungfernfelde, welches wir auf dem internationalen Kongresse 1897 in Moskau kennen und schätzen gelernt haben. Bekanntlich ist das ganze klinische Städtchen mit allen seinen Instituten nach einem gemeinsamen Plane aus einem Gusse im letzten Jahrzehnt für die Summe von ca. 8 Millionen Mark erbaut worden. Etwa die Hälfte dieser Summe gab die Regierung her, die andere Hälfte entstammte einer großartigen Privatwohlthätigkeit. Referent.)

D. bespricht die historische Entwicklung seines Lehrgegenstandes und kommt dabei zum Vergleiche auf mehrere andere Länder zu sprechen. In Deutschland sei für topographische Anatomie und operative Chirurgie nichts von besonderen Einrichtungen vorhanden. In Frankreich ist die topographische Anatomie an das Institut für descriptive Anatomie gebunden, während für operative Chirurgie ein besonderer Lehrstuhl besteht, welcher in Paris z. Z. von Terrier eingenommen wird.

Terrier hat gleich seit seinem Amtsantritte (1893) die Beseitigung mancher Mängel seines (seit 1795 bestehenden) Institutes und der betreffenden Lehreinrichtung angestrebt und auch schon, wenn auch mit großer Anstrengung durchgeführt. D. weist nun mit einer gewissen Genugthuung darauf hin, das jene neuesten Verbesserungen des Pariser Institutes in Moskau schon seit lange vorhanden gewesen sind.

Dennoch geht aus der D.'schen Arbeit hervor, dass auch für Russland das Problem der besten Handhabung des Unterrichtes in topographischer Anatomie und operativer Chirurgie offenbar noch nicht gelöst ist; denn D.'s Ausführungen gipfeln in dem Vorschlage, dass zu der Lehrthätigkeit in dem von ihm geleiteten Institute eigent-

lich auch eine chirurgische Klinik gehören sollte, und meint, es gehe sehr wohl an, die Lehrthätigkeit an seinem Institute mit der an einer chirurgischen Klinik zu verbinden.

Den Vorwurf, dass damit ein Zurückgreifen auf einen bereits vorhanden gewesenen Zustand geschehe, weist er damit zurück, dass es sich früher nicht um eine so selbständig entwickelte Disciplin mit einem eigenen Institute für operative Chirurgie gehandelt habe und die Sache jetzt eine ganz andere, größere Bedeutung habe.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

---

3) **G. de Rouville** et **J. Braquehaye.** Consultations chirurgicales à l'usage des praticiens.

Paris, **Baillière et fils,** 1901. 351 S.

Das Buch hält im Wesentlichen, was es verspricht, und ertheilt seine Rathschläge kurz und klar. Der Stoff ist alphabetisch geordnet und auf die Chirurgie des praktischen Arztes beschränkt. In Allem, was die Kompetenz desselben überschreitet, räth Verf. zur Zuziehung des Fachchirurgen, ohne jedoch die Thätigkeit des Arztes allzu ängstlich einzudämmen. In dieser Hinsicht kann das Werk sogar als recht gewissenhafter Rathgeber bezeichnet werden.

Die einzelnen Abschnitte nennen im Lapidarstil Ursachen, klinische Symptome und Komplikationen und bringen kurz und doch erschöpfend mit manch praktischem Winke die Behandlungsweisen. Das Buch kann den deutschen Kollegen recht empfohlen werden, die sich über die gebräuchlichsten Methoden der kleinen Chirurgie unserer westlichen Nachbarn bequem zu orientiren wünschen.

Christel (Metz).

---

4) **Drehmann** (Dresden). Beitrag zur Händedesinfektion mit Dr. Schleich's Marmorstaubseife.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1900. Hft. 8 u. 9.)

D. hat sich bestrebt, durch zahlreiche Versuche, deren Anordnung der Interessent im Originale nachlesen mag, den Werth der von Schleich vorgeschlagenen Händedesinfektion mit Marmorstaubseife festzustellen. Er kommt zu dem Ergebnisse, dass diese Seife ein ausgezeichnetes Desinfektionsmittel für die Hände darstellt, freilich unter der Voraussetzung, dass man damit aufs Genaueste vertraut sei, eine Voraussetzung, welche jedoch wohl bei jeder Methode der Händedesinfektion eben so gestellt werden muss. Doch sind die Proben immerhin nicht ganz so günstig ausgefallen, wie die Versuche Schleich's selbst. Auch ist es theilweise vorgekommen, dass durch die Marmorstückchen oder die sie ersetzenden Sandkörner kleine Hautverletzungen entstanden, Erfahrungen, welche den Gebrauch dieses Waschmittels für bakteriologische Laboratorien nicht brauchbar erscheinen lassen. Statt der von Schleich ursprünglich angewendeten Pulverform, welche aus mehreren Gründen für den ge-

meinen Mann nicht empfehlenswerth erscheint, hat D. eine feste Seife hergestellt, welche, in Porcellan- oder Blechbüchsen aufbewahrt, nicht zu sehr austrocknet. Die zu verwendende Masse wird bei gelinder Erwärmung in wenig Wasser gelöst, dann Marmorstaub hinzugesetzt, gut umgerührt und abgedampft, bis eine dicke schmierige Masse entsteht; diese lässt man in Formen erstarren und kann sie darauf in die gewünschten Stücke zerschneiden. 20 g genügen für eine gewöhnliche Waschung.

Die so hergestellten Stückchen sollen nun im militärischen Dienste nicht nur von Lazarettgehilfen und Krankenwärtern, sondern auch von den Soldaten selbst benutzt werden, von letzteren in der Erwartung, dadurch die Entstehung von Panaritien zu verhüten. Die Herstellung der Seife kann im Großen in den Lazarettapotheken erfolgen, und soll sich der Preis auf etwa 14 ₰ für das Kilo stellen gegenüber 1 ℳ in den Civilapotheken. Ob gerade der Marmorstaub oder der ihn der Billigkeit halber ersetzende Sand einen wichtigen Fortschritt darstellt? Ref.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

5) **E. Gaglio.** Sul valore della gelatina come agente emostatico.

(Lavoro estratto dalla Riforma medica N. 171 u. 172. XVI.)
Palermo, 1900.

Zur Beantwortung der Frage nach dem hämostatischen Werthe der Gelatine führte G. 3 Reihen von Experimenten am Hunde aus: Einmal mischte er Gelatinelösung dem Blute in vitro bei, sodann injicirte er dieselbe, auch in großen Mengen, intravenös und schließlich noch subkutan und intraperitoneal. Über die Zahl der in den einzelnen Reihen ausgeführten Experimente berichtet G. allerdings nicht. Die gewonnenen Resultate weichen von denen der früheren Autoren in einigen Punkten ab und lassen sich kurz in Folgendem zusammenfassen: Die Gerinnsel des mit Gelatine gemischten Blutes sind weich und zeigen keine Neigung zum Schrumpfen. Intravenös injicirt wird die Gelatine auch in großen Mengen vom Hunde gut vertragen, erzeugt keine Coagula im Gefäßsysteme, bringt aber außerhalb desselben das Blut etwas schneller als normalerweise zum Gerinnen. Die Ausscheidung der Gelatine aus dem Cirkulationsapparate geht sehr langsam vor sich, und auch subkutan und intraperitoneal injicirt wird dieselbe außerordentlich träge resorbirt. Hingegen weist G. auf die deutliche chemotaktische Wirkung der Gelatine hin und meint, dass Injektionen in die Umgebung des aneurysmatischen Sackes vielleicht einen irritativen und formativen Reiz ausüben, welcher zu Verdickungen und Schrumpfungen der äußeren Wand desselben Veranlassung geben kann.

A. Most (Breslau).

---

6) **White** (Philadelphia). Observations of blood changes following celiotomy.

(University med. mag. 1900. p. 260.)

W. hat sich der mühevollen Arbeit unterzogen, Blutkörperchenzählungen nach Bauchschnitten vorzunehmen, ohne dass das Ergebnis der aufgewandten Mühe entspräche. Jedes Mal wurden vor der Operation, 5 Stunden nach ihr und dann alle 24 Stunden bis zur Kräftigung Zählungen gemacht. Lang andauernde Narkose drückt sich in Herabsetzung der Anzahl der rothen Zellen, dagegen übermäßiges Erbrechen wegen des Flüssigkeitsverlustes in Vermehrung aus; auch während der Genesung eintretende Diarrhöen hatten einen ähnlichen Erfolg. Auffällig ist, dass sogar bei der letzten Zählung in 62% noch eine Abnahme der rothen Blutkörperchen festgestellt wurde, nur in 23% Zunahme, wogegen in 15% keine Veränderung gegen die anfängliche Zählung zu bemerken war.

Nach der Operation fand sich in der Regel eine leichte Leukocytose, welche freilich auch in etwas über der Hälfte der mit Eiterung oder Entzündung verbundenen Fälle von Anfang an vorhanden war.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

7) **A. Hasenfeld.** Über die Behandlung der Cirkulationsstörungen bei Laparotomie unter Chloroformnarkose.

(Ungarische med. Presse 1900. No. 43.)

Auf Grund einer Reihe von Thierversuchen kommt H. zu Ergebnissen in Bezug auf die pathologischen Veränderungen des Gefäßsystems, welche im Wesentlichen bekannt sind. Das Sinken des Blutdrucks bei lange dauernden Laparotomien soll eben so behandelt werden wie eine Verblutung. Die experimentellen Versuche nach dieser Richtung ergaben die besten Erfolge, wenn H. seinen Thieren Kochsalzlösung und Digitalinum verum intravenös einverleibte.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

8) **Jaboulay** (Lyon). La chirurgie du sympathique abdominal et sacré.

(Travaux de neurologie chirurgicale 1900. No. 1.)

J. erwartet von chirurgischen Eingriffen am abdominalen und sacralen Theile des Sympathicus viel für die Therapie gewisser innerer Krankheiten, besonders bei Störungen der vegetativen Funktionen. Die Berechtigung zu solchen leitet er nicht, wie man erwarten sollte, aus experimenteller Erfahrung ab, sondern lediglich aus der Thatsache der leichten und nach seiner Ansicht erfolgreichen Angreifbarkeit des Halssympathicus. In 2 Fällen glaubt er mit Erfolg operirt zu haben. Genauere Krankengeschichten davon werden nicht beigefügt.

Das Verfahren ist Folgendes: Mediane Laparotomie; der Pylorus wird nach unten gezogen. Der linke Zeigefinger sucht die Aorta

abdominalis auf. Mittels Sonde lässt sich dann der Truncus coeliacus und die Vorderfläche der Bauchaorta in der Nachbarschaft des Tripus Halleri bloßlegen.

Die Hauptindikation für Eingriffe am Sacraltheile des Sympathicus geben die Beckenneuralgien. J. glaubt, dass zahlreiche Erfolge der Kastration nicht in der Entfernung der Ovarien bezw. des Uterus, sondern in der dabei unbeabsichtigt geschehenen Zerrung und Quetschung an dem Sacralsympathicus ihren Grund haben.

P. Stolper (Breslau).

---

9) **O. Langemak.** Über die rectale Exploration und Incision perityphlitischer Exsudate.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Verf. betont die Nothwendigkeit, bei Appendicitis von Scheide bezw. Mastdarm aus Untersuchungen vorzunehmen, und empfiehlt, gestützt auf die günstigen Erfahrungen der Garrè'schen Klinik, für solche Fälle, in denen der appendicitische Abscess ins kleine Becken und an den Mastdarm heranreicht, die Incision und Drainage von letzterem aus — ein Verfahren, das zu Unrecht in Misskredit und Vergessenheit gekommen sei. Die Incision wird nur klein angelegt und durch ein mit Jodoformgaze umwickeltes Drain offen gehalten. Für die ersten Tage sind Opiumgaben und tägliche Spülungen der Abscesshöhle anzurathen. Nach erfolgter Erholung der Pat. und Verheilung der Rectalwunde kann man dann unter günstigeren Verhältnissen zur Entfernung des Wurmfortsatzes schreiten. Eine Infektion der Wundhöhle durch Darminhalt ist nie vorgekommen.

Honsell (Tübingen).

---

10) **N. Krylow.** Acht Fälle von Gastroenterostomie. (Aus dem Waldai'schen Semstwo-Krankenhause.)

(Chirurgia Bd. VI. p. 20. [Russisch.])

K. tritt für eine Erweiterung der Indikationen für die Ausführung der Gastroenterostomie ein, wie sie auch von Defontaine gegen Dyspepsie empfohlen sei. Gerade bei der russischen Landbevölkerung habe die Magenerweiterung eine besonders schwere Bedeutung, da hier große Mengen pflanzlicher Nahrung in Betracht kommen, welche um so eher im Magen stagniren. Desswegen soll jeder Semstwoarzt im Stande sein, die Gastroenterostomie auszuführen. Zu diesem Zwecke soll diese Operation möglichst einfach gestaltet sein.

K. operirt grundsätzlich nicht mit doppelter, sondern nur mit einfacher (ununterbrochener) Naht. Das Verfahren von Podres hat auch er als ungeeignet und gefährlich fallen lassen. Er ist bei folgendem Verfahren stehen geblieben: An der Gekrösseite des Darmes, $^1/_2$ cm vom Gekrösansatze wird eine ununterbrochene Naht von $4^1/_2$ cm Länge durch Serosa und Muscularis angelegt. Dann wird

von beiden Enden der Nahtreihe, senkrecht zu ihr je eine etwa $1^1/_2$ cm lange Naht hinzugefügt, in dieser Tasche die Magen- und Darmwand durchtrennt und mit einer äußeren Längsnaht die Tasche übernäht. Entsprechend seinem Standpunkte hat K. die Gastroenterostomie nur bei einigen Dilatationen, bei welchen keine Geschwulst vorlag, mit gutem Erfolge ausgeführt.

Unter den 8 Fällen waren 2 Todesfälle.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

Kleinere Mittheilungen.

11) Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für das Jahr 1899. Mit einem Vorworte herausgegeben von V. Czerny, redigirt von W. Petersen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Suppl.-Hft.)

Im Vorworte zum vorliegenden Jahresberichte streift Czerny die auf Bau und Einrichtung der Klinik bezüglichen Veränderungen, die Handhabung der Aseptik, die Methodik der Gastroenterostomien und Darmanastomosen. Zur Gastroenterostomie wurde fast ausschließlich die v. Hacker'sche Methode unter Verwendung des Murphyknopfes benutzt. Um ein Hineinfallen des Knopfes in den Magen zu verhindern, ist neuerdings der Knopf dahin abgeändert worden, 'dass die Magenhälfte desselben nicht nur kleiner (wie es bei der Stille'schen Modifikation der Fall ist), sondern auch leichter konstruirt wurde als der im Darme liegende Theil. Bei Dickdarm- und Mastdarmoperationen wurde die Nahtvereinigung beibehalten. Der Bericht selbst ist nach den gleichen Principien und mit gleicher Übersichtlichkeit durchgearbeitet, wie es in den früheren Jahresberichten der Fall war. Um nur ein ungefähres Bild von dem reichen Materiale der Czerny-schen Klinik zu geben, sei hervorgehoben, dass die Summe sämmtlicher stationär behandelter Pat. 2558, die Summe der Operationen 1908 betrug. Von letzteren entfallen auf Trepanationen 13, auf Laminektomien 2, auf Strumektomien 71, auf Laparotomien 216, auf Hernienoperationen 128 etc. Ambulant wurden 6116 Pat. bei etwa 24000 Konsultationen behandelt. Neu ist eine Zusammenstellung von sämmtlichen von 1895—1899 aus der Klinik hervorgegangenen Arbeiten.

Honsell (Tübingen).

12) Niehues. Die Resultate der Zimmtsäurebehandlung bei chirurgischer Tuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 468.)

Die Landerer'sche Tuberkulosebehandlung mittels Hetol und Hetokresol ist in der Schede'schen Klinik zu Bonn einer sorgfältigen Prüfung unterzogen, worüber hier berichtet wird.

N. beginnt mit einer Allgemeinbesprehung des Landerer'schen Heilverfahrens, dessen Absicht bekanntlich darin besteht, eine chronische heilsame Entzündung in der Umgebung der tuberkulösen Herde hervorzurufen. Die Zimmtsäure und ihre Salze (Hetol ist zimmtsaures Natron, Hetokresol ist Cinnamylmetakresol) wirken stark positiv chemotaktisch und erzeugen eine allgemeine Hyperleukocytose. Diese Wirkung der Hetolinjektionen ist auch bei fast allen Bonner Pat. bei Blutkörperchenzählungen bestätigt. Die Fähigkeit der Zimmtsäure, bei Kaninchen Tuberkulose zu heilen, ist als erwiesen anzusehen; über ihre Heilkräfte beim Menschen sind noch ausgedehntere Erfahrungen von Nöthen.

In Bonn hat N. 66 chirurgisch tuberkulöse Kranke mit Hetoleinspritzungen behandelt, an denen rund 2000 Injektionen gemacht wurden. Die Injektion wird

in die Ellbogenvenen applicirt und mit 1 mg begonnen, wonach allmählich unter Berücksichtigung der Temperatur, ähnlich wie bei den Tuberkulininjektionen, auf 25 mg gestiegen wird, um nach 3 Monaten gewöhnlich mit der Kur abzuschließen. Eine leichte Blutanstauung genügt, um die Vene für die Einspritzung ausreichend vortreten zu lassen, und ist die Technik derselben leicht, ihre Schmerzhaftigkeit unerheblich. Die gewöhnlichen Vorsichtsmaßregeln sichern vor Infektion. Unerwünschte Nachwirkungen blieben stets aus. Das Allgemeinbefinden blieb ungestört, bestehendes Fieber wurde in keiner Weise beeinflusst, der Urin blieb stets eiweißfrei, vorausgesetzt, dass er es vorher war. Der Appetit besserte sich meist in erfreulicher Weise und eben so das Körpergewicht, Erfolge, die in manchen Fällen in der That dem Hetol zuschreibbar schienen. Die Wirksamkeit des Mittels auf Besserung bezw. Ausheilung der lokalen tuberkulösen Processe ist nicht leicht abschätzbar, da diese auch orthopädisch, mit Gips- oder Extensionsverbänden, so wie chirurgisch mit Ausschabung, Exstirpation oder Resektion bezw. Exartikulation behandelt wurden, ferner auch Jodoform-Glycerineinspritzungen in ausgedehnter Weise vorgenommen wurden. Nach Landerer wurde bei diesen Jodoforminjektionen auch wiederholt ein Zusatz von Hetokresol zum Jodoform (im Verhältnisse von 2:1) benutzt. Doch zeigte sich, dass Hetokresol die Leukocyten stark anlockte, wesshalb damit behandelte Abscesse sich rasch wieder füllen und leicht durchbrechen. Man ist desshalb wieder zu unvermischten Jodoforminjektionen zurückgekehrt. In den ersten 8—14 Tagen nach Beginn einer derart kombinirten Zimmtsäurebehandlung zeigte sich oft eine ganz enorme Sekretion aus den Wunden und Fisteln, die für geschwächte Pat. nicht gleichgültig sein kann, so dass für derartige Fälle die Behandlung nicht rathsam erscheint.

Was die Schlussresultate betrifft, so können dieselben ungefähr den von Landerer selbst erzielten zur Seite gestellt werden. N. rechnet annähernd 70% Heilungen und Besserungen heraus (Näheres s. Original). Trotzdem ist sein Urtheil über die Zimmtsäurebehandlung äußerst reservirt. Dass sie »gut« ist, ist durchaus noch nicht nachgewiesen. »Wir haben unter unseren Fällen manche Kranke gesehen, bei denen die Zimmtsäure geholfen haben kann; dass wir die Heilung aber allein oder auch nur größtenheils ihr zuzuschreiben haben, ist nicht erwiesen.« N. fordert aber zu weiteren Versuchen mit dem Verfahren auf. (Vgl. Referat über N.'s auf der vorjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen, den gleichen Gegenstand betreffenden Vortrag, dieses Blatt 1900. p. 1026.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

13) H. Kramer. Über Neurolyse und Nervennaht.

(Beitr. zur klin. Chir. Bd. XXVIII, Hft. 2 und 3).

Verf. bespricht zunächst 6 Fälle von Neurolyse am N. radialis, ulnaris und Plexus brachialis und geht ausführlicher dann auf 26 in der Heidelberger chirurgischen Klinik vorgenommene Nerven-Nahtvereinigungen über. Dieselben betrafen 8 mal den Radialis, 11 mal den Medianus. 6 mal den Ulnaris, 1 mal den Plexus brachialis. Unter all diesen Fällen sind nur 4 Misserfolge im physiologischen Sinne, 6 in praktischer Hinsicht zu verzeichnen gewesen. In den glücklich verlaufenen Fällen war der Grad des Erfolges in mehrfacher Hinsicht verschieden. Die Größe des Ausschlages der Bewegungen zeigte sich bei einzelnen Muskeln oft verringert oder selbst gleich Null. Die Kraft der Bewegungen war meistens herabgesetzt. Auch Nebenverletzungen, lang bestandene Kontraktionen, Verkürzungen der Antagonisten führten zur Behinderung der Motilität. Des Weiteren waren fast durchweg gewisse Empfindungsstörungen, als Verlangsamung der Wärmeleitung, Hyperästhesien und namentlich Hypästhesien, zurückgeblieben, auch die trophischen Störungen, insbesondere beim Medianus und Ulnaris, verhielten sich ungünstig bezüglich eines völligen Ausgleiches. Die Leistungsfähigkeit für grobe Arbeit war unter 8 Radialisnähten 5 mal, unter 5 Medianusnähten kein mal, unter 2 Ulnarisnähten 1 mal, unter 3 kombinirten Medianus- und Ulnarisnähten 1 mal wiederhergestellt. Die Leistungsfähigkeit für feine Arbeit blieb fast immer herabgesetzt.

Im Allgemeinen boten primäre Nahtvereinigungen eine bessere Prognose als sekundäre, Radialisnähte eine weit bessere als Ulnaris- und Medianusnähte. Eine völlige Restitutio ad integrum wurde bisher überhaupt nur recht selten erreicht, immerhin blieb der Vortheil der Operation auch bei theilweisem Erfolge noch außerordentlich groß. **Honsell** (Tübingen).

14) **Bertha Wilmer.** Endresultate nach operativer Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Verf. berichtet über 23 Fälle operativ behandelten Morbus Basedowii und deren weitere Schicksale. Bezüglich des Wesens der Erkrankung vertritt W. den Standpunkt, dass neben einer abnormen Thätigkeit der Schilddrüse auch das Centralnervensystem eine Rolle beim Morbus Basedowii spiele, sie betont ferner, dass dem Basedowkropf keine specifische anatomische Veränderung zu Grunde liege, selbst ein abnormer Gefäßreichthum ließ sich im Allgemeinen bei den Operationen nicht konstatiren. Im Ganzen sind 24 operative Eingriffe ausgeführt worden, und zwar 19 Resektionen, 3 Enukleationen, 2 Arterienligaturen. 2mal trat im Anschlusse an die Operation der Tod ein, 1mal ist der Ausgang unbekannt geblieben, von den übrigen Fällen waren 18 erfolgreich und nur 2 erfolglos. Die auch von anderer Seite betonte hohe Sterblichkeit hat ihre Ursache nach W. hauptsächlich in der bei schweren Fällen zu befürchtenden Herzschwäche, wobei die Operation nicht an und für sich Todesursache, sondern nur das auslösende Moment ist. Ein anderer schwerer physischer oder psychischer Chok könnte in solchen Fällen den Tod eben so gut herbeiführen.

Der meist hervortretende günstige Einfluss der Operation pflegt sich zunächst in Rückgang der Kompressionserscheinungen und der Pulszahl, dann in Nachlassen des Herzklopfens und Zitterns zu äußern. Erst ganz allmählich bessert sich auch der Exophthalmus. Bezüglich der Behandlung des Morbus Basedowii schließt W., dass im Allgemeinen die Therapie eine interne sein soll; tritt aber trotz derselben keine Besserung ein, oder bestehen Stenoseerscheinungen, so ist die Operation angezeigt. Jedenfalls soll mit der letzteren nicht zu lange gewartet werden, da sonst das Herz immer mehr an Widerstandskraft verliert und somit eine Kontraindikation gegen chirurgisches Eingreifen entsteht.

Honsell (Tübingen).

15) **H. Gebele.** Zur Statistik der Brustdrüsengeschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Verf. stellt die von 1890—99 in der v. Angerer'schen Klinik beobachteten Brustdrüsengeschwülste (349) zusammen. Von 260 Pat. mit Mammacarcinom waren 27% inoperabel, an der Operation starben 2%, an Recidiven 56,6%, mit Recidiv leben 6%, 16,9% sind definitiv geheilt. Die Mehrzahl der Pat. stand zwischen 40.—60. Lebensjahre. 18,6% hatten ein Trauma erlitten; etwa die Hälfte hatte geboren, von diesen 41% gestillt, 20,5% eine Mastitis durchgemacht. Seit 1890 ist die Mammaexstirpation stets nach Heidenhain's Principien ausgeführt worden, eine Besserung der Endresultate wurde indessen gegenüber früher nicht erzielt, wohl weil die Pat. zu spät zur Operation kamen.

In 34 Fällen lagen Sarkome verschiedener Art vor; hiervon waren 4 inoperabel, 1 Pat. starb nach der Operation, 5 an Recidiv, 21 — also relativ weit mehr als bei den Carcinomen — blieben geheilt.

Unter den gutartigen Geschwülsten handelte es sich um 9 Adenome bezw. Cystadenome, 1 Fibrom, 9 Fibroadenome resp. Fibrocystadenome. Sie wurden sämmtlich — 3mal mit Amputatio mammae — exstirpirt.

Honsell (Tübingen).

16) **F. Roloff.** Eine ungewöhnliche Form von Carcinoma mammae. (Diffuses hämorrhagisches Carcinom.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 595.)

R. beschreibt ein operativ von Oberst bei einer 58jährigen Pat. gewonnenes Mammacarcinompräparat, welches, sich durch starken Blutgehalt auszeichnend, fast einem Kavernom glich. Die Epithelien der Krebsnester zeigten sich mikroskopisch ganz von Blut umschlossen. Wahrscheinlich entwickelte sich das wachsende Carcinom mit besonderer Vorliebe in die Scheide der vorhandenen Blutgefäße, umringte diese, löste sie aus der Verbindung mit den umliegenden Geweben und führte zu Arrosionen. — Die Prognose wurde schlecht gestellt, doch war Pat. noch ca. $^{3}/_{4}$ Jahr nach der Operation recidivfrei. Vielleicht hinderte der Druck der Blutextravasate einen Eintritt der Krebselemente in die Lymphbahnen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

17) **Llobet.** L'opération de Nassilov. La première intervention à Buenos Aires.

(Revue de Chirurgie 1900. No. 11.)

L. hat in einem Falle von Narbenstriktur der Speiseröhre bei einem 20jähr. Mädchen nach der Methode von Nassilov (s. ds. Bl. 1899, p. 920. Ref. über die Arbeit von Stoyanov) vom hinteren Mediastinum aus die 22—25 cm von der Mundöffnung entfernt gelegenen Verengerungen aufgesucht und gespalten und danach eine weiche Schlundröhre von der Nase aus durch die Speiseröhre bis in den Magen eingelegt. Der äußere Schnitt wurde in senkrechter Richtung 4 Querfinger breit von der Wirbelsäule nach links gemacht, von der 4.—8. Rippe je ein 5 cm langes Stück resecirt, die Pleura parietalis uneröffnet abgelöst und die großen Gefäße etc. vorsichtig zur Seite geschoben; die Operation war besonders im letzten Theile schwierig, gelang indess vollständig. Pat. starb am 8. Tage an eitriger Mediastinitis. —

L. räth, den Schnitt näher der Wirbelsäule anzulegen und auch die Wirbelquerfortsätze zu entfernen, um die Speiseröhre bequemer zugänglich zu machen.

Kramer (Glogau).

18) **J. B. Seldowitsch.** Die Behandlung der Narbenstenosen der Speiseröhre.

(Wratsch 1900. No. 45.)

Bei der 23jährigen Pat. fand man nach Verschlucken von Acid. nitricum eine mäßige Stenose in der Höhe des Ringknorpels und eine impermeable 34 cm hinter der Zahnreihe. Gastrostomie nach v. Hacker in 2 Sitzungen (11.—15. Mai). Einen Faden kann Pat. nicht verschlucken, daher wird am 18. Mai eine dicke Sonde bis zur Stenose und durch erstere eine dünne durch die Stenose geführt, und so ein Faden aus der Magenfistel in den Mund gebracht. Dilatation der engen Stelle durch Drainröhren. Nach 22 Tagen geht Bougie No. 26, nach weiteren 5 Wochen No. 32 frei durch. Die Fistel schloss sich, wobei ein kleiner Rest mit Paquelin behandelt werden musste. Die Heilung war eine dauernde. — In Russland sind noch folgende Fälle beschrieben: Weljaminow, Gastrostomie, konnte aber keine Sonde einführen; erst später gelang es Janowitsch-Tschainski, von oben her durch die Stenose zu kommen; doch wurde die Behandlung abgebrochen. — Turner führte die Sonde durch die Magenfistel ein, eben so Kablukow; beide mussten in ihren Fällen die Fistel plastisch schließen. — Im Falle Djakonow's, den Ssawwin beschrieb, wurde die Oesophagotomia externa gemacht, doch konnte von hier die Stenose nicht gefunden werden; daher Gastrostomie und von hier aus Sonde in die Halswunde (man nahm eine syphilitische Striktur an). — Endlich wurde bei der Diskussion eines nicht veröffentlichten Falles von Tiling gedacht, wo die Sonde durch die Magenfistel eingeführt wurde und Heilung eintrat.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

19) V. v. Hacker. Über die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre mittels Ösophagoskopie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Verf. erläutert auf Grund seiner reichen Erfahrungen die Vortheile, welche die Ösophagoskopie für Erkennung und Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre bietet. Bei Gegenständen, die in einer nicht verengten Speiseröhre stecken geblieben sind, wurde zunächst mittels besonderer Sonde die Höhe des Sitzes des Fremdkörpers festgestellt, dann folgte die genaue Einstellung desselben mittels des Ösophagoskopes, endlich, direkt anschließend, die Extraktion durch oder mit dem Tubus. Es diente also das Ösophagoskop sowohl der Diagnose als auch der Therapie. Unter 12 mitgetheilten, hierher gehörigen Fällen handelte es sich 10mal um härtere Körper (Gebisse, Knochenstücke, Obstkerne). Von diesen konnten 9 durch den Mund extrahirt werden, ein 10. (Gebiss) glitt nach abwärts in den Magen. 2mal lagen weichere Objekte (Fleischbissen, gekaute Pflanzentheile) vor. Von diesen wurden jeweils Theile extrahirt, die übrige Masse ließ sich in den Magen hinabschieben resp. glitt von selbst hinab. Schwieriger gestaltete sich das Verfahren bei solchen Fremdkörpern, die in Strikturen festsaßen; doch gelang es immerhin, 5mal dieselben nach oben zu extrahiren; 2mal wurde der Körper nach Einführung des Tubus erbrochen, 3mal rutschte er in den Magen, und nur ein einziges Mal, bei gleichzeitiger carcinomatöser Striktur, wurde die Gastrostomie nöthig.

Honsell (Tübingen).

20) E. Ehrich. Arrosionsblutungen bei Perityphlitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Verf. berichtet über 2 interessante Fälle von Arrosionsblutungen im Verlaufe einer Appendicitis. Im ersten derselben hatten sich die Symptome der Appendicitis bereits theilweise zurückgebildet, als plötzlich — in der 5. Krankheitswoche — heftige Schmerzen, hohes Fieber, Erbrechen und verfallenes Aussehen eintraten. Bei der Operation fand sich statt der erwarteten Peritonitis ein enormer retroperitonealer Bluterguss, welcher allem Anscheine nach einer Arrosion der Art. iliaca oder ihrer Hauptäste entstammte. Tamponade. Genesung. Im 2. Falle erfolgte die Blutung in eine große, von der linken Beckenschaufel ins kleine Becken herabreichende, noch geschlossene Abscesshöhle. Nach Incision und Drainage (per rectum) sistirte der Blutabgang innerhalb von 4—5 Tagen.

Honsell (Tübingen).

21) F. Tacke. Epityphlitis im Bruchsacke.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Bei einem 58jährigen Manne, der seit 3 Monaten an Leistenbruch und Diarrhöen litt, trat plötzlich eine schmerzhafte Anschwellung der Hernie und ihrer Umgebung unter hohem Fieber und Erbrechen ein. Wie die Operation ergab, waren diese Erscheinungen durch eine Einklemmung des Wurmfortsatzes im Brucksacke hervorgerufen, außerdem zeigte sich der Blinddarm in den Bruch herabgestiegen. Letzterer war intakt, der Wurmfortsatz dagegen eitrig infiltrirt und an der Spitze perforirt. Reposition des Blinddarmes, Exstirpation des Wurmfortsatzes sammt der Abscesswand und dem Hoden. Genesung.

Anschließend werden 28 weitere Fälle der Litteratur zusammengestellt und besprochen, in welchen sämmtlich Appendicitis im Bruchsacke, theils mit, theils ohne Perforation des Wurmfortsatzes vorlag.

Honsell (Tübingen).

22) R. Füth. Blasenverletzung bei einer Herniotomie. Bildung einer Harnfistel am 10. Tage. Spontane Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 579.)

Der von F. mitgetheilte Fall betrifft eine 60jährige Frau, die wegen einer linksseitigen äußeren Leistenhernie der Radikaloperation nach Bassini unter-

zogen wurde. Beim Freipräpariren des nur Netz enthaltenden Bruchsackes zeigte sich dieser an der Innenseite stark verdickt und seine Wand faltenartig in die Lichtung hineinragend. Ausgesprochene Lipombildung war nicht vorhanden, dagegen eine breitere, dünne Fettschicht. Bei weiterer Präparation erschien eine muskulöse Gewebsschicht, die als Blasenmuscularis imponirte, deren Verletzung aber vermieden wurde. Ligatur und Abtragung des Bruchsackes, Naht etc. Glatter Verlauf bis zum 10. Tage, an welchem Urin durch die Wunde drang. Dabei Fieber und Blutung in die Blase. Mäßige Erweiterung bezw. Wiedereröffnung der Wunde nach der Blase hin. Heilung unter Tamponade per secundam.

Dieser Blasenbruch war ein paraperitonealer und vielleicht arteficieller, eine Cystocèle opératoire. Die in der Rekonvalescenz entstandene Blasenfistel konnte nur eine extraperitoneale sein; dem gemäß wurde die Prognose gut gestellt, wie der Verlauf gelehrt hat, mit Recht. Entstanden ist die Fistel wahrscheinlich dadurch, dass ein Zipfelchen Blase mit in die Bruchsackligatur gefasst und schließlich vom Faden durchschnitten wurde. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

23) **A. G. Salogi.** Einklemmung eines Leistenbruches bei weitem Bruchringe. (Aus der Klinik des Prof. Bobrow.)

(Chirurgia Bd. VI. p. 26. [Russisch.])

Bei der Bruchoperation fand Bobrow, dass die Einklemmung dadurch bedingt war, dass sich die Darmschlinge um 180° um ihre Längsachse gedreht hatte. S. führt die einzelnen wenigen Fälle aus der Litteratur an und vermisst bei einigen derselben die Angabe, ob die Bruchpforte eng oder weit war; in dem vorliegenden Falle war trotz des nach der Incision vorhandenen Durchmessers von 5 cm die Reposition erst möglich, als die Ursache der Einklemmung entdeckt und die Drehung beseitigt war. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

24) **D. B. Boks.** Maagchirurgie. Noor aanleiding van de 100. Maagoperaties die Prof. v. Eiselsberg van 12./3. 1896 tot 25./2. 1899 deed.

Inaug.-Diss., Utrecht, 1900.

In dieser zur Erlangung der Doktorwürde abgefassten Arbeit, die demnächst auch in Buchform in dem Handel erscheinen wird, giebt Verf. die Krankengeschichten von 100 Magenoperationen aus Prof. v. Eiselsberg's Universitätsklinik und Privatpraxis, jede mit einigen kurzen epikritischen Bemerkungen versehen.

Sie enthalten: 1 Gastrorrhaphie, 1 Gastrotomie, 12 Gastrostomien, 7 Gastroplastiken, 1 Gastroanastomie, 3 Resektionen aus der Magenwand, 4 Pyloroplastiken, 20 totale Pylorusresektionen, 50 Gastroenterostomien und 1 Pylorusausschaltung.

Am Schlusse dieses Theiles, welcher das letzte der 3 Kapitel, worin die ganze Arbeit zerfällt, darstellt, werden die Enderfolge nach den verschiedenen Eingriffen nochmals summarisch vorgeführt und schließlich zur bequemen Orientirung der sich dafür Interessirenden alles Bemerkenswerthe tabellarisch übersichtlich gemacht.

Im 1. Kapitel bespricht Verf. die verschiedenen Krankheiten, die im betreffenden Organe mit Rücksicht auf eine event. operative Behandlung dem Chirurgen bekannt sein sollen, im 2. die Technik der verschiedenen Operationsmethoden, die allmählich für dieses Organ sich ausgebildet haben. Besonders ist hier die technische Seite ins Auge gefasst, wobei verschiedene Abbildungen, theilweise neue, zur Erläuterung des Textes eingefügt sind. Dass dabei der Gastrostomie und der Gastroenterostomie eine erste Stelle eingeräumt worden ist, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden.

Neues bringt die Arbeit zwar nicht. Dagegen verdient es Beachtung, dass die Beschreibung der verschiedenen Operationsmethoden und ihrer Abarten, in chronologischer Reihenfolge gehalten, sehr deutlich ist und durchaus gut gelungen heißen darf. Auch werden die kritischen Bemerkungen, die auf die bewährten

Erfolge des Königsberger Chirurgen sich stützen, im Großen und Ganzen wohl auf allgemeine Zustimmung rechnen dürfen.

So ist das Buch wieder ein Zeugnis von der Leistungsfähigkeit der neueren Chirurgie auf diesem Gebiete und dem sich dafür Interessirenden zu empfehlen.

G. Th. Walter ('s Gravenhage).

25) **Domenici.** Cancer de la région Vatérienne.

(Presse méd. 1899. No. 59.)

Ein 70jähriger Mann erkrankte unter Verdauungsstörungen, Abmagerung, Schmerzen im Epigastrium und hartnäckigem Ikterus. Es wurde die Diagnose auf Carcinom des Pankreaskopfes mit Metastasen in der Leber gestellt. Unter zunehmender Kachexie starb der Kranke wenige Monate nach seiner Aufnahme in die Abtheilung von Letulle. Die Sektion ergab eine Ausdehnung der Gallenblase und aller Gallengänge. Nach Aufschneidung des Duodenums zeigte sich an der Ampulle eine konische Vorwölbung von 1 cm Durchmesser und 1½ cm Länge; dieselbe war hart, doch mit normaler Schleimhaut überzogen. Der Ductus Wirsungianus war dilatirt und in ein derbes Gewebe eingeschlossen. Die Geschwulst umfasste diesen Gang und wölbte die hintere Wand des Choledochus vor, denselben ventilartig verschließend. Mikroskopisch handelte es sich um ein Cylinderzellen-Epitheliom; es konnte festgestellt werden, dass das Carcinom seinen Ausgang von den kleinen Drüsen zwischen Ductus Wirsungianus und Choledochus genommen hatte. Der interessanten Mittheilung sind 5 Abbildungen beigegeben, davon vier mikroskopische Bilder in vorzüglich ausgeführtem Buntdruck.

Tschmarke (Magdeburg).

26) **B. Grohé.** Duplicitas intestini crassi cum utero et vagina dupl.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 425.)

Die Mittheilung betrifft ein sonst gesundes, aber mit der genannten komplicirten Missbildung behaftetes, 10jähriges Mädchen, dem in der Jenaer Klinik (Riedel) durch wiederholte Operationen tadellos funktionirende anatomische Verhältnisse hergestellt werden konnten. Wie sich aus der interessant zu lesenden Krankengeschichte ergiebt, konnte nur langsam und schrittweise genügende Klarheit über die vorhandenen Missbildungsverhältnisse gewonnen werden. Das Kind kommt zur Klinik wegen Kothabgang aus der Vulva, und findet sich in letzterer neben dem normalen After ein überzähliger Koth gebender Anus vulvalis, dazu eine Vagina duplex (septa). Ferner eine suprasymphysäre Unterleibsgeschwulst. Unklar bleibende Diagnose. I. Operation. Fixirung der Geschwulst an die vordere Bauchwand. Die Wand der Geschwulst ähnelt einer Darmwand. II. Operation. Incision der Geschwulst, welche Koth enthält. Dieselbe, jetzt also als hohlkugelige Darmhöhle erkannt, liegt vor dem Mastdarme. In der Folge füllt sich die Höhle von oben her neuerdings mit Koth, und zeigt sich, dass dieselbe am Anus vulvalis endigt. Zwecks Vornahme einer Darmausschaltung Operation III. Nach Eröffnung der Bauchhöhle finden sich am Blinddarme 2 Wurmfortsätze, und jetzt klärt sich die Abnormität als doppelt angelegtes Colon auf. 2 Dickdärme verlaufen, wie Doppelflintenläufe zusammengewachsen, bis nach unten. Im vorderen dieser Schläuche hatte sich der Kothsack gebildet. Es werden nun im Bereiche des letzteren die beiden Blinddärme durch eine 7 cm lange Spaltung ihrer Zwischenwand mit einander anastomosirt, die vordere Kothsackincision, wie die Bauchwunde genäht. Doch genügte das nicht zur Beseitigung des Kothabganges aus dem vulvalen After. Desshalb in Operation IV Durchtrennung der ganzen Zwischenwand zwischen normalem und überzähligem (vulvalem) After bis zu der bereits oben vorhandenen Anastomose zwischen den beiden Dickdärmen. Schließlich wurde 4 Monate später durch Plastik der Damm in Ordnung gebracht und die Scheidenspaltung durch Trennung des Scheidenseptums beseitigt (Operation V). Hiernach Alles nach Wunsch.

G. giebt eine Betrachtung über die Genese dieser Entwicklungsanomalie, Betreffs deren wir auf das Original verweisen. Vielleicht handelte es sich um ge-

störten ventralen Verschluss der Darmrinne, indem das Enteroblast sich in der Medianlinie neben einander in die Höhe schob. Die Genitalverdoppelung kann durch Dazwischenlegen des anormalen Enddarmes zwischen die Müller'schen Gänge ihre Erklärung finden. Die einschlägige Litteratur ist angezogen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **F. Franke.** Über eine neue Behandlungsmethode des Leberechinococcus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 583.)

F. hat bei einem mit 2 Leberechinokokken behafteten, 28jährigen Kranken die eine leicht zugängliche, gänseeigroße Cyste nach Spaltung und Reinigung total aus der Leber ausgelöst. Die Blutung hierbei war nicht gering, erforderte Tamponade zur Nachbehandlung, wodurch die Heilung verzögert wurde. Die zweite, größere, höher oben und rechts sitzende Cyste, für das Messer kaum zugänglich, wurde in derselben Operationssitzung mit Punktion und Injektion behandelt. Und zwar wurde die entleerte Cyste mehrmals etliche Minuten lang mit einer 1‰igen Sublimatlösung ausgewaschen, nach Entfernung des Sublimates noch ca. 20 ccm Jodoformglycerin eingespritzt. Der Trokarstich wurde durch ein Kreuz von 2 Seidennähten gesichert. Guter Verlauf. Die punktirte und injicirte Cyste ist dauernd zur Verödung gebracht.

Das Verfahren hat sich also, wie auch bei früheren Versuchen anderer Chirurgen, bewährt und bietet Sicherheit, die Vitalität aller Wurmkeime in der Cyste zu zerstören. In der von F. benutzten Weise gebraucht, wird es auch für ungefährlich gelten können, und hält F. auch die Anwendung stärkerer, bis 1%iger Lösungen für erlaubt. Indess empfiehlt er doch, statt des Sublimates künftighin eine 5%ige Formalin-Glycerinmischung zur Injektion zu benutzen, welche gleich zuverlässig, aber weniger intoxikationsgefährlich sein wird. Möglich, dass man mit dieser auch vereiterte Blasen wird behandeln können; ein Pleuraempyem konnte F. durch Punktion und Injektion einer solchen Lösung zur Ausheilung bringen.

Der Mittheilung des eigenen Falles geht eine gut orientirende kritische Sichtung der neueren Echinococcusbehandlungsmethoden vorauf.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **Letulle.** Kyste chyleux du mésentère.

(Presse méd. 1899. No. 59.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine von Brun operativ entfernte Mesenterialcyste eines 7jährigen Mädchens zu untersuchen. Die glatte, prall gefüllte Cyste enthielt 375 ccm einer weißen, milchigen Flüssigkeit, deren chylösen Ursprung die chemische Untersuchung ergab. Von besonderem Interesse war die genaue anatomische Untersuchung der Cystenwand. Sie war ausgekleidet mit einem Endothel, das stellenweise arrodirt erschien. Darunter befand sich eine subendotheliale Schicht von wechselnder Dicke. Schon bei der Eröffnung der Cyste retrahirten sich die Wände stark und ließen zahlreiche Wülste hervortreten; in der That war die Cystenwand von glatten Muskelfasern durchsetzt, besonders da, wo die Hervorwölbungen in das Innere der Lichtung bestanden. Die Muskelzellen und ihre Kerne waren sehr lang, aber schmächtig. In zahlreichen Muskelzellen fanden sich Vakuolen, eine sehr auffallende Erscheinung bei glatten Muskelfasern. Im Ganzen bot das Präparat ein typisches Bild einer Chyluscyste, beruhend auf einer angeborenen Missbildung des Lymphgefäßnetzes im Dünndarmgekröse; drei instruktive Bilder erläutern den anatomischen Befund.

Tschmarke (Magdeburg).



29) **H. A. Lothrop and J. H. Pratt.** A report of two cases of filariasis. Operation for lymphatic varices and chylous hydrocele, with removal of adult worms.

(Americ. journ. of the med. sciences 1900. November.)

Die Krankengeschichte des ersten Falles ist besonders interessant und lehrreich:

Der 22jährige Pat. kam ins Hospital wegen heftiger Schmerzen im Rücken, die im Anschlusse an das Heben eines Ballen Papier aufgetreten waren. Die Schmerzen nahmen im Laufe einer Stunde so zu, dass Pat. nicht mehr stehen, auch nicht längere Zeit in einer Haltung liegen konnte. Sie strahlten in die linke Leistengegend aus und zogen von hier in den linken Hoden hinunter. Häufiger Harndrang ohne Erleichterung durch die Entleerung, Benommenheit und Übelkeit ohne Erbrechen, kein Fieber, keine objektiven Symptome. Die Beschwerden schwanden in 2 Tagen, und Pat. wurde als geheilt entlassen.

Bald darauf bemerkte er eine Anschwellung der linken Skrotalhälfte, die bis zur Leiste hinaufreichte und im Liegen verschwand; sie belästigte ihn beim Gehen, er ermüdete leicht und kam aus Sorge um seinen Zustand wieder ins Hospital.

Linker Hode vergrößert, aber nicht schmerzhaft, Samenstrang verdickt, bietet das klassische Bild eine Varicocele. Äußerer Leistenring lässt die Fingerkuppe eindringen, beim Husten wölbt sich eine kleine Hernie vor.

Operation unter der Diagnose Varicole und Hernia inguinalis. Isolirung und Abtragung eines kleinen Bruchsackes, Pfeilernaht. Der etwa zeigefingerdicke Samenstrang enthält 10 dilatirte, dickwandige Gefäße, davon 2 oder 3 von dunkel-venöser Farbe, die übrigen hellfarbig, aber an Gestalt und Größe den Venen einer Varicocele entsprechend. Bei der Excision des ganzen Gefäßkonvoluts fielen einige Tropfen einer dünnen milchigen Flüssigkeit auf, die sich aber schnell mit Blut mischten und dadurch der Untersuchung entgingen. Naht der Hautwunde, die p. p. heilte.

Die mikroskopische Diagnose wurde auf »dilatirte Venen« gestellt.

Im Laufe von 2 Wochen bildete sich in der linken Skrotalhälfte eine eigroße fluktuirende, transparente Geschwulst aus. Die durch Aspirationspunktion gewonnene Flüssigkeit, gelblich und opak, enthielt mikroskopisch zahlreiche Filaria, Embryonen in lebhafter Bewegung, rothe Blutkörperchen, Fettkugeln und reichlich fettigen Detritus. Die chemische Untersuchung wies die Flüssigkeit als Lymphe nach. Die Blutuntersuchung, Mittags noch negativ, ergab am Nachmittag in 2 Blutstropfen je 17 Filaria-Embryonen.

Damit war der Fall klar: Was als Varicocele imponirt hatte, waren dilatirte Lymphgefäße, die scheinbare Hydrocele eine Lympho- (Chylo-)cele, entstanden durch die operative Unterbrechung des rückläufigen Lymphstromes.

Nunmehr gab Pat. folgende Vorgeschichte an, die er so lange in der Meinung, sie sei für sein jetziges Leiden belanglos, verheimlicht hatte: Er war in Barbados, einer Filaria-Gegend, geboren und hatte dort bis zum 17 Jahre gelebt. Er hatte dort bereis 2 mal heftige Anfälle gehabt, die als »Barbadosfieber« bezeichnet und auf Filaria bezogen worden waren. Die Hauptsymptome waren heftige Schmerzen im Kreuze, den Lenden- und Leistengegenden, Anschwellung der Leistendrüsen und des Hodens, schweres Krankheitsgefühl, Fröste etc. Das war vor 5 Jahren; seitdem fühlte Pat. sich nie mehr vollständig wohl, hatte zwar keinen schweren Anfall mehr, nach dem er Barbados verlassen hatte, um nach kürzerem oder längerem Aufenthalte in Montreal, New York und Süd-Carolina endlich nach Boston zu gelangen, hatte aber etwa allmonatlich einen leichteren Fieberanfall mit Abgeschlagenheit und ziehenden Empfindungen im Kreuze und Leistengegend zu überstehen.

Da nun die Diagnose sicher stand, wurde in einer zweiten Operation der linke Hode nebst dem uneröffneten Lymphocelensacke exstirpirt. Die Wunde heilte p. p. Aus der anatomischen Untersuchung des Präparates ist das Interes-

santeste, dass nach Durchschneidung des Hodens, dessen Hälften in warme Kochsalzlösung gelegt wurden, sich 2 männliche und 7 weibliche, theils zerschnittene und verstümmelte, theils vollständige und wohlerhaltene ausgewachsene Exemplare der Filaria sanguinis (Bancrofti) entwickelten. — Die Blutuntersuchungen ergaben in charakteristischer Weise regelmäßig während der Nachtzeit sehr zahlreiche, am Tage spärliche oder keine Embryonen. — Chylurie bestand nicht.

2 Monate nach der Operation war Pat. vollkommen wohl, erheblich kräftiger, verrichtete schwere Arbeit und hatte weder Schmerz- noch Fieberanfälle, weder Perioden der Abgeschlagenheit noch der gemüthlichen Depression mehr durchzumachen. Trotzdem enthielt das Blut permanent Embryonen.

Der 2. Fall betraf den Bruder des Vorigen, der von den Verff. aufgefordert wurde, zur Untersuchung zu ihnen zu kommen. Er hatte mit seinem Bruder Barbados verlassen, hatte niemals ähnliche Zustände, wie dieser, durchgemacht, nur ab und zu »Gallenanfälle« gehabt. Er fühlt sich in jeder Hinsicht vollkommen wohl. Trotzdem ergiebt die Untersuchung des Blutes die Anwesenheit zahlreicher Filaria-Embryonen in demselben.

Auf Grund dieser beiden Fälle geben die Verff. eine ausführliche Darstellung der interessanten Krankheit in allen ihren Einzelheiten, die sie durch ihre eigenen Beobachtungen noch zu bereichern in der Lage sind. Auf ihre Ausführungen näher einzugehen, würde den Rahmen eines Referates überschreiten; die vortreffiche Arbeit sei allen Interessenten zu eigenem Studium warm empfohlen.

R. v. Hippel (Dresden).

30) G. Bandélot. Ostéo-Arthropathie avec contracture dans la syphilis héréditaire tardive.

(Thèse de Paris. 1900.)

B. berichtet über einen Fall obengenannter Art, welcher im Hospital Saint-Louis in der Abtheilung von Fournier beobachtet wurde. Es war in beiden Ellbogengelenken eine deformirende Osteo-Arthropathie und gleichzeitig eine doppelseitige Kontraktur des M. biceps vorhanden. B. stellt die Fälle von Syphilis héréditaire tardive zusammen, in welchen Kontrakturen verzeichnet waren (21 Fälle). Gewöhnlich fehlen bei dieser Erkrankung solche Kontrakturen, ebenso Störungen der Gelenkfunktionen. **Neck** (Chemnitz).

31) S. F. Derinschinski. Ein Fall von Knochennaht in Form eines russischen Schlosses bei einer Oberschenkelpseudarthrose.

(Chirurgia Bd. VI. p. 32. [Russisch.])

Der 55jährige Pat. hatte sich vor einem Jahre sowohl einen Ober- als Unterschenkelbruch zugezogen. Der letztere heilte unter einem Gipsverbande, der Oberschenkelbruch, an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel, blieb unvereinigt. Bei der Operation fand sich das obere Bruchende konisch. Es wurde an dem oberen Ende aus der vorderen Hälfte und am unteren aus der hinteren Hälfte ein 2 cm großes Knochenstück herausgesägt, so dass die Bruchenden in Form eines russischen Schlosses zusammenpassten. Trotz des vielfach durch Fieber und Vereiterung gestörten Heilverlaufes schließlich guter Erfolg.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

32) Tilmann. Zur Frage der Blutergelenke.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1900. Hft. 19.)

Ein 22jähriger Mann aus gesunder, nicht hämophiler Familie litt vor 3 Jahren an einer Schwellung des Knies nach Anstoßen desselben; die Schwellung ging wieder zurück, ist aber seit einem Jahre wieder aufgetreten. Pat. sieht etwas blass, sonst aber gesund aus, die inneren Organe sind normal, das linke Knie ist stark geschwollen, im oberen Recessus sind mittelharte Körper zu fühlen. Alle

anderen Gelenke normal. Tuberkulininjektion ergiebt keine Reaktion. Diagnose: Lipoma arborescens genu.

3 Wochen nach einer Incision ins Gelenk, die neben klarer, seröser Flüssigkeit 36 erbsen- bis mandelgroße lose Körper entleerte, ging der Kranke an immer wieder sich wiederholenden Blutungen aus Gelenk und Incisionswunde zu Grunde. Subkutane Injektion von 50 g Gelatine, Anwendung von Liq. ferri sesquichl. und von Wasserstoffsuperoxyd waren erfolglos. Der pathologisch-anatomische Befund des Knies war durch Eiterung verwischt, die Untersuchung eines bei der Operation excidirten Stückchens Synovialis ergab massenhaft amorphes Blutpigment in den Zellen. Die Gelenkkörper hatten sich nicht aus Blutgerinnseln gebildet, da sie nur wenig Blutpigment enthielten, sondern durch sero-fibrinöse Ausschwitzung der Gelenkkapsel. Das Gelenk befand sich daher wohl im Stadium der Panarthritis (König). **Fr. Brunner** (Zürich).

Dreissigster Kongress

der

Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Der 30. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 10. bis 13. April d. J. in Berlin im Langenbeckhause statt.

Die Begrüßung der zum Kongresse sich versammelnden Mitglieder geschieht am Dienstag den 9. April Abends von 8 Uhr ab in einem reservirten Zimmer des »Spatenbräu« Friedrichstraße 172.

Die Eröffnung des Kongresses findet Mittwoch, den 10. April, Vormittags 10 Uhr im Langenbeckhause statt. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 10—1 Uhr und Nachmittagssitzungen von 2—4 Uhr abgehalten.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, den 10. April und die Nachmittagssitzung am Freitag, den 12. April sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung.

In der zweiten Sitzung der Generalversammlung am Freitag Nachmittag wird der Vorsitzende für das Jahr 1902 gewählt.

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich zeitig und wenn irgend möglich vor dem 15. März an meine Adresse (Prof. Dr. Czerny, Heidelberg) gelangen zu lassen.

Von auswärts kommende Kranke können im Kgl. Klinikum (Berlin N., Ziegelstraße 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Bandagen, Instrumente etc. sind an Herrn Anders im Langenbeckhause (Ziegelstraße 10—11) mit Angabe ihrer Bestimmung zu senden.

Die Herren DDr. Immelmann (Berlin W., Lützowstraße 72) und Joachimsthal (Markgrafenstraße 81) sind beauftragt, eine systematisch geordnete Ausstellung von Röntgenphotographien im Bibliothekzimmer des Langenbeckhauses zu veranstalten. Die Aussteller werden ersucht, bloß solche Bilder an die Herren bis längstens 1. April d. J. einzusenden, bei denen die Röntgenaufnahme ausschlaggebend für Diagnose oder Therapie gewesen ist. Ungeeignetes wird nicht ausgestellt werden.

Ein Demonstrationsabend von Projektionsbildern wird veranstaltet werden, wenn genügend interessante Diapositive im Format $8^1/_2 \times 10$ ebenfalls vor dem 1. April eingesendet werden.

Eine Ausstellung von chirurgischen Instrumenten und Apparaten, so wie Gegenständen der Krankenpflege ist in Aussicht genommen.

Herr Anders ist beauftragt und ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Bibliothek, so wie die regelmäßigen Zahlungen der Mitglieder entgegenzunehmen.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit Unterschrift dreier Mitglieder an den 1. Schriftführer Herrn Prof. Dr. Körte (Berlin W., Potsdamerstraße 39) zu richten. Am Begrüßungsabende, so wie während der Sitzungen wird Herr Anders Vorschlagsformulare verabfolgen.

Unter dem Vorsitze des Dekans der medicinischen Fakultät in Lyon, Prof. Lortet, hat sich ein Komité gebildet zur Errichtung eines Denkmals für unser am 25. November 1900 verstorbenes Ehrenmitglied E. Ollier in Lyon. Beitragslisten werden während der Kongresssitzungen aufliegen.

Die Sitzungen werden mit nachstehenden Vorträgen eröffnet werden:

Mittwoch, den 10. April.

Herr Küster (Marburg): Die Nierenchirurgie im 19. Jahrhundert. Ein Rück- und Ausblick.

Herr v. Bruns (Tübingen): Über die Kastration bei Hodentuberkulose.

Herr T. Kocher (Bern): Bericht über das 2. Tausend Kropfexcisionen; zur Operation der Struma intrathoracica; zur nichtoperativen Behandlung des Kropfes.

Donnerstag, den 11. April.

Herr Schjerning (Berlin): Die Schussverletzungen der modernen Feuerwaffen.

Herr v. Mikulicz (Breslau) und Herr Bier (Greifswald): Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indikationen.

Herr Henle (Breslau): Pneumonie nach Laparotomie.

Freitag, den 12. April.

Herr M. Jordan (Heidelberg) und Herr Schuchardt (Stettin): Über die Indikationen der vaginalen und abdominellen Uterusexstirpation.

Herr W. Petersen (Heidelberg): Über den Aufbau der Carcinome.

Herr Nils Sjöbring (Lund): Über Krebsparasiten.

Sonnabend, den 13. April.

Herr v. Eiselsberg (Wien): (Thema vorbehalten).

Herr Rehn (Frankfurt a/M.): Über chirurgische Behandlung der akuten Appendicitis.

Herr Heusner (Barmen): Behandlung der Kontrakturstellung nach Entzündung des Kniegelenkes (mit Krankenvorstellung).

Herr Kausch (Breslau): Über kongenitalen Hochstand der Scapula.

Herr Ziemssen (Wiesbaden): Nachbehandlung der Kriegsinvaliden und Unfallverletzten an Badeorten.

Vinzenz Czerny.
Vorsitzender für das Jahr 1901.

Röntgenausstellung 1901.

Gelegentlich der in diesem Jahre in Hamburg tagenden **73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte** *wird im physikalischen Staatslaboratorium daselbst (Jungiusstraße) eine das ganze Röntgenfach umfassende, vom 22.—29. September dauernde Ausstellung stattfinden.*

Im Auftrage des Komités ist die Leitung der Ausstellung in ihrem wissenschaftlichen Theile von Dr. Albers-Schönberg, Dr. Walter und Dr. Hahn, so wie in ihrem litterarischen Theile von der Verlagsbuchhandlung Lucas Gräfe & Sillem übernommen worden.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. **Sonnabend, den 2. März.** **1901.**

Inhalt: **F. König**, Referat und Kritik. — Zusatz der Redaktion.
I. **K. Schwarz**, Zur Frage der medullären Narkose. — II. **W. Müller**, Die Pseudarthrose des Nagelgliedes. (Original-Mittheilungen.)
1) **Kennedy**, Nervenkreuzung. — 2) **v. Torday**, Missbildungen. — 3) **Perrolini**, Hautverpflanzung. — 4) **Mendel**, Epilepsie und Trauma. — 5) **Ceccherelli**, Hauttuberkulose. 6) **Mertens**, Deckung von Schädeldefekten. — 7) **Gaglio**, Trigeminus und Auge. — 8) **Cordes**, Erkrankungen der mittleren Nasenmuschel. — 9) **Wertheim**, Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. — 10) **Rivière**, Adenoide Wucherungen und Myxödem. — 11) **Strauss**, Lumbalpunktion bei Hämatorrhachis. — 12) **Kreiss**, Wirbelverrenkungen. — 13) **Moure**, Epiglektomie.
14) **Dubreuilh** und **Venot**, 15) **Mašek**, Sarkome. — 16) **Bodin**, Pseudo-Xanthom. — 17) **Smith**, Lupus. — 18) **Stack**, Leontiasis ossea. — 19) **Linser**, Cirkulationsstörungen nach Unterbindung der V. jug. int. — 20) **Hovis**, Hirnbruch. — 21) **Lexer**, Angeborene Nasenspalte.

Referat und Kritik.

Von

Prof. Dr. **Fritz König,**
Oberarzt am städt. Krankenhause in Altona.

Mit unangenehmer Häufigkeit treten auch in unserer Fachlitteratur »Erwiderungen« beleidigter Autoren gegen Referenten ihrer Arbeiten auf, oft gefolgt von einem, ähnlich wie bei den Prioritätsstreitereien, eben so nutzlosen als unerfreulichen Federkampf. Eine Prüfung der Berechtigung dieser Beschwerden von objektivem Standpunkte aus erscheint uns bei der Bedeutung, welche heut zu Tage dem Referatwesen zukommt, keine müßige Betrachtung. Gewiss regt sich bei vielen Lesern die Hoffnung auf eine Beschränkung jener unerquicklichen Auseinandersetzungen, manchem Autor mag eine ruhige Besprechung darüber erwünscht sein, und wenn sie einem oder dem anderen Referenten Anlass zu eigener Prüfung giebt, so ist sie nicht unnütz gewesen.

Was verlangen Leser und Autor von einem guten Referat, und wie entledigen sich die Referenten ihrer Aufgabe?

Der Leser der Referate wünscht in knapper, zuverlässiger Weise über die zur Besprechung verarbeitete Litteratur unserer Fachzeitschriften etc. orientirt zu werden. Er sucht sich die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit heraus und wird bei genauer Berichterstattung mit eigenem Urtheile entscheiden können, ob sich die Arbeit zum Studium für ihn empfiehlt. Bei dem Lesen eines guten Referates soll, obwohl ein Dritter (der Referent) dazwischen steht, ein geistiger Verkehr, wenn ich so sagen darf, nur zwischen Leser und Autor stattfinden.

Im Gegensatze dazu verlangt der Leser von der Besprechung der einzeln käuflichen Lehrbücher, Monographien etc. eine vertrauenswerthe Kritik, denn er will diese Bücher event. kaufen. Desshalb will er die Vorzüge des Buches aus der Recension hören, aber auch über ersichtliche Schäden desselben aufgeklärt werden.

Auch die Autoren solcher Werke werden sich mit diesen Wünschen einverstanden erklären, und da die in Frage kommende Kritik meist die Unterschrift bekannter Fachgenossen trägt, so begrüßt der Verf. den ihm gespendeten Beifall, aber auch rückhaltslose Äußerungen über Mängel seines Buches nimmt er ruhig hin, um sich ihrer vielleicht bei einer neuen Auflage zu erinnern.

Dagegen erwartet der Verf. der in einer Fachzeitschrift erscheinenden Arbeit in einem Referate nicht Lob und nicht Tadel oder Einwürfe. Er will, dass dem Leser der Kern seiner Ausführungen übermittelt werde, und Mancher erleichtert — durch Erfahrungen gewitzigt — dem Berichterstatter durch ein kurzes Resumé am Schlusse der Auseinandersetzungen die Arbeit.

Dem Referenten erwachsen danach, je nachdem er größere Einzelwerke oder Facharbeiten vor sich hat, ganz verschiedene Aufgaben. Er soll gewissermaßen als ehrlicher Makler bei der Besprechung käuflicher Monographien, von Hand-, Lehrbüchern und Kompendien neben der Skizzirung des Inhaltes die Vorzüge zumal gegenüber gleichartigen anderen Werken hervorheben. Bevor er kritisirt, soll er sich die Frage vorlegen, ob der Käufer aus dem Buche das, was er wünscht und soll, lernen kann, und ob es ihn da, wo er Rath und Aufklärung zu fordern berechtigt ist, zufriedenstellen wird. Einzelheiten, welche diesen Kardinalpunkt nicht berühren, zu tadeln, ist nicht seines Amtes. Dagegen ist das Interesse des Lesers, des Käufers, dadurch zu wahren, dass offenbare Lücken und Schäden nicht verschwiegen werden. Über vielem Anderen hat der Kritiker die Pflicht, darauf hinzuweisen, wenn ältere, speciell noch im Buchhandel befindliche Bücher in auffälliger Weise benutzt worden sind. Wenn, wie es vorkommt, nicht nur dem Inhalte, sondern dem Wortlaute nach ältere Bücher seitenlang kopirt werden und so vielleicht im Verein mit zahlreichen Abbildungen aus anerkannt vorzüglichen Konkurrenzwerken auf eine gewisse Höhe gebracht werden, so gebietet dem Kritiker die Pflicht gegen den älteren Autor wie gegen den Leser, dass er das in seiner Besprechung

andeutet. Nach alledem ist die Recension solcher Werke schwer und verantwortungsvoll; sie verlangt sachverständiges Urtheil, sorgfältiges Studium, entschlossene Stellungnahme im Einzelnen und im Ganzen. Unserer Ansicht nach wird diese Arbeit fast ausnahmslos von Referent und Autor ernst genommen. Die Mehrzahl der Beschwerden erfolgt auch nicht hier, sondern auf dem Gebiete der Berichterstattung über Aufsätze, Abhandlungen etc., kurzum der eigentlichen Referate.

Autor und Leser verlangen, dass die Person des Referenten hier ganz zurücktrete. Der Autor will selbst zum Leser sprechen, dieser nur ihn hören und nicht durch die Expektoration eines Dritten für oder gegen den Verf. beeinflusst sein. An der Erfüllung dieser Forderung nun scheitert, zum Theil in zahlreichen Wiederholungsfällen, ein großer Theil der Referenten. Ein jeder wird beim Lesen einer Arbeit pro oder contra angeregt, es fällt ihm dies und das ein etc. Der Leser denkt das bei sich, der Referent aber kann es, wenn er will, als Würze seines Referats dem Leserpublikum mitgeben — und der Versuchung erliegen viele.

Da hat einer einen »ganz analogen Fall« erlebt, ein anderer »Untersuchungen auf demselben Gebiete« gemacht. Beides wird dem Referate zugefügt, ja es ist sogar vorgekommen, dass sich ein Referent für die unrechtmäßigerweise hinzugefügten Gedanken sofort die »Priorität« sicherte. Dieser verurtheilt gleich die Behandlungsmethode, über welche er berichten soll, und empfiehlt ein eigenes Verfahren, jener ist mit der Deutung mikroskopischer Befunde nicht zufrieden und hält dem Autor die richtige Auslegung vor Augen.

Selten nur finden sich provokatorische, häufiger schon ironische Bemerkungen über gewisse sinnfällige Schwächen der besprochenen Arbeit. In allen diesen Fällen, welche wir der Wirklichkeit entnommen haben, wird, zum mindesten, erreicht, dass das Interesse des Lesers außer der eigentlich referirten Arbeit noch den persönlichen Zuthaten des Referenten zugewandt wird. Unter zahlreichen Referaten hat der Verf. dieser Betrachtung selbst vor Jahren sich einmal dazu hinreißen lassen, das in einer Arbeit empfohlene Operationsverfahren zu rügen — von einem falschen Standpunkte ausgehend. So sehr manche Veröffentlichungen den Widerspruch herausfordern, die Kritik über sie steht, außer dem Leser, den Kongressen und der sicher und stetig fortschreitenden Arbeit auf dem betreffenden Gebiete zu. Die vom Referenten geübte Kritik kann sich der Autor mit Recht verbitten, eben so wie er das Recht zur Beschwerde hat, wenn ein Bericht über seine Arbeit vom Referenten missbraucht wird, um eigene Beobachtungen, Gedanken, Untersuchungsergebnisse etc. dem Leser mit aufzutischen, während doch alle Blätter zur selbständigen Publikation derselben ihm offen stehen. Weder dem Publikum, noch dem Autor wird mit solchen Zusätzen gedient, und desshalb soll der Referent der Verlockung, seinen Bericht dazu zu benutzen, widerstehen. Wir haben eine über-

wiegend große Zahl von Referenten, welche dies thut oder gelernt hat, aber manchem, auch ergrautem Federstreiter ist die Selbsterziehung nicht gelungen.

Wir kommen zu dem Schlusse, dass auf dem Gebiete der eigentlichen »Kritik« die Berechtigung zur Klage selten ist. Bei den »Referaten« aber könnte Manches anders sein, und nicht immer ist die Erklärung darin zu suchen, dass sie meist von jüngeren Kollegen gemacht werden. Aber mit der Mahnung zur Selbsterziehung in der Objektivität wird hier eine Abhilfe nicht erreicht werden. Wir verlangten von dem Referat:

Es soll in einer objektiven Wiedergabe des Gedankenganges der betreffenden Arbeit bestehen, ohne kritisirende Bemerkung irgend welcher Art;

es darf keine eigenen Deduktionen, Beobachtungen, Behandlungserfolge, Untersuchungsergebnisse u. A. m. enthalten, welche vom Referenten beigegeben werden.

Der Letztere ist bei seinem Engagement von diesen Anforderungen in Kenntnis zu setzen. Das Urtheil, ob die eingelieferten Referate denselben entsprechen, steht dem Redakteur zu, welcher berechtigt ist, den Bericht zur Änderung zurückzuschicken, und von diesem Rechte zutreffenden Falles in ausgedehntem Maße Gebrauch machen sollte.

Wir glauben, dass durch strenge Beobachtung dieser Maßregeln manche der hässlichen Referatauseinandersetzungen den Autoren, den Lesern — und dem Referenten erspart bleiben könnte.

Zusatz der Redaktion.

Vorstehenden sehr dankenswerthen Artikel kann ich nicht in die Welt gehen lassen, ohne ihm einige begleitende Worte anzufügen.

Als im Jahre 1880 Franz König, Richard Volkmann und der Unterzeichnete — v. Lesser, Schede und Tillmanns ablösend — die Herausgabe des Centralblattes für Chirurgie übernahmen, begannen sie ihre Arbeit mit einem kurzen an die Leser der Wochenschrift gerichteten Worte, in welchem sie die Grundsätze aussprachen, nach welchen dieselbe geleitet werden sollte. Darin heißt es: »Es ist wünschenswerth, der Kritik ein etwas breiteres Feld einzuräumen, als es bisher geschehen ist. In einer Wissenschaft, wo so emsig gearbeitet, so viel geschrieben und gedruckt wird, wie in der unsrigen, erscheinen gelegentliche kritische Besprechungen durchaus nothwendig, wenn nicht Zeit und Kraft vielfach unnöthig vergeudet werden sollen. Und besonders sind es diejenigen Chirurgen, die theils in Folge ihrer bisherigen wissenschaftlichen Leistungen, theils in Folge ihrer amtlichen Stellung als klinische Lehrer oder Vorsteher großer Hospitäler zur Zeit an der Spitze der deutschen Chirurgie stehen, deren Arbeiten womöglich nicht anders als kritisch besprochen werden sollten. Das schlichte Referat hat hier nur eine

sehr geringe Bedeutung, da diese Arbeiten doch von Jedem, der sich ernstlich für unsere Wissenschaft interessirt, im Original studirt werden. Die Redaktion wird ehrlich bemüht sein, nur einer objektiven sachgemäßen Kritik das Wort zu verstatten, während der beschränkte Raum des Blattes an sich schon dafür Bürgschaft leistet, dass derartige kritische Erörterungen sich räumlich in den engsten Grenzen halten«.

Diesen Principien auch gegenwärtig huldigend, übersende ich noch jetzt an einen jeden Kollegen, der als ständiger Mitarbeiter am Centralblatte angestellt wird, eine Anweisung, in welcher es heißt: »Immer wieder ist daran zu erinnern, dass bei dem Referiren, wo es angezeigt ist, eine unparteiische, objektive, anständige Kritik geübt werde, die am werthvollsten dann ist, wenn sie, wo sie lobt, zweifelt oder tadelt, durch Anführung der berichtigenden Thatsachen, durch den Hinweis auf ältere oder neuere Erfahrungen etc. in möglichst kurzen Worten ihre Anschauung begründet. Im Interesse solcher Kritik ist auch zu wünschen, dass die Herren Mitarbeiter an ihr Referat Berichte oder Beobachtungen und Erfahrungen aus der eigenen Praxis oder aus den Anstalten, an welchen sie beschäftigt sind, anfügen, damit so das behandelte Thema mit reicherem Material ausgestattet wird, ähnlich den Diskussionen, die sich an Vorträge anschließen.«

Das Centralblatt hat nun das Glück gehabt, dass verhältnismäßig selten Referate den Widerspruch des Verf.s der besprochenen Schrift veranlasst haben: im vorigen Jahre 2 bei 1840 Referaten. Es sind das ja immerhin 2 mehr, als wünschenswerth ist; auch soll nicht geleugnet werden, dass die Absicht, geäußerte kritische Bemerkungen zurückzuweisen, noch mehrfach vorhanden war; doch ließen sich die betreffenden Autoren durch den Hinweis auf die Berechtigung einer objektiven Kritik beruhigen und zogen ihre Einwendungen zurück. — Natürlich ist hier nicht die Rede von den Diskussionen, die durch Originalmittheilungen hervorgerufen werden; denn für letztere ist das Centralbatt nur der frei gegebene Sprechsaal; sie erscheinen allein auf Gefahr des Verf.s, nicht unter der Verantwortlichkeit der Redaktion, die nur Platz frei giebt für Replik und einmalige Duplik. Eben dahin zu rechnen sind Selbstberichte über gehaltene Vorträge. —

Solche Erwiderungen und gar die Prioritätsstreitigkeiten gehören in der That zu den unerfreulichsten Erscheinungen der Litteratur, und jeder Redakteur wird sich bemühen, sie von seinem Blatte fernzuhalten; aber immer kann er sie nicht vermeiden, falls er allseitig gerecht sein will, und so lange Arbeiten von Autoren publicirt werden, die sich um das, was Andere vor ihnen geleistet haben, wenig oder gar nicht bekümmern.

Fritz König will nun, dass in der Art der Behandlung eine strenge Scheidung zwischen den Lehrbüchern und Monographien einerseits und den in den Fachzeitschriften andererseits erscheinenden Arbeiten stattfinde: jene sollen kritisirt, diese allein referirt

werden. Dem Meisten, was er über Kritik sagt, stimme ich aus vollem Herzen bei. Nur betont er mir hierbei zu sehr das Interesse des Lesers bezw. des Käufers publicirter Werke, während die Kritik sich doch gegen die Arbeit des Verf.s wendet, sie lobt oder tadelt und Zweifeln Worte giebt über den Werth und die Richtigkeit der in dem Werke publicirten neuen Anschauungen, Theorien, Heilverfahren etc., seine Wünsche ausspricht über Veränderungen, Vervollständigungen, Weglassungen, die seiner Ansicht nach einer neuen Auflage des Buches zum Vortheil gereichen und dasselbe dann natürlich auch für den Leser — und Verleger — noch werthvoller machen werden. Gegen den Verf. persönlich soll die Kritik den Leser nie beeinflussen. Immerhin wendet sich diese immer in erster Linie an ihn, nicht an das lesende und kaufende Publikum. Wird er, bezw. sein Werk, gelobt, so findet letzteres schon seinen Weg in die Bibliothek der Leser; wird er in der richtigen Weise auf Mängel seiner Arbeit aufmerksam gemacht, so wird ihn das anregen, es ein zweites Mal besser zu machen; wird dagegen seine Arbeit todtgeschwiegen, so ist ihm das in der Regel das Unangenehmste — es sei denn, dass er in richtiger Selbsterkenntnis selber darum bittet.

Die Kritik nun, die den Monographien gegenüber gestattet und erwünscht ist, sie soll — nach Fritz König — gegenüber allen in Zeitschriften erscheinenden Abhandlungen schweigen. Diese Forderung wäre vielleicht zu der Zeit, als das Centralblatt für Chirurgie ins Leben trat, noch eher angebracht gewesen. Denn bis 1872 bestand in Deutschland als einzige chirurgische Zeitschrift Langenbeck's Archiv. Ihm gegenüber nahmen die als Monographien erscheinenden Arbeiten damals einen verhältnismäßig großen Platz ein. Seitdem aber ist eine reiche Anzahl von Zeitschriften in Deutschland wie im Auslande emporgeschossen, die die große Überzahl der erscheinenden chirurgischen Arbeiten in sich koncentriren, Arbeiten, die doch nicht nur einzelne neuste Untersuchungen und Erfahrungen einfach deponiren, sondern das gewählte Thema nach Art der Monographien behandeln, ja nicht selten, nachdem sie zuerst in der Zeitschrift erschienen sind, als Monographien eine weitere Verbreitung suchen. Worin liegt dann das Recht begründet, dass sie in Begleitung anderer Arbeiten erscheinend, nur für das Referat geeignet sind, wenn isolirt auftretend, sich der Kritik unterwerfen müssen? Dem Leser kommt es doch nicht nur darauf an, die specielle Ansicht oder Erfahrung des Kollegen A. über eine brennende Frage im Referate kennen zu lernen, sondern er will überhaupt, da ihm Zeit und Gelegenheit fehlt, viel Orginale zu lesen, aus den referirenden Zeitschriften möglichst auf dem Laufenden erhalten werden. Nun erhalten nicht selten die Orginalarbeiten durch die Beschränktheit und Eigenart des dem Verf. zur Disposition stehenden Materials, durch eine besonders gewählte Untersuchungsrichtung, durch Mangel an Litteratur etwas Einseitiges und kommen zu schiefen Schlüssen. Soll da ein Referent, dem reiche entgegengesetzte Erfahrungen zu

Gebote stehen, der zufällig eine umfassende Litteraturkenntnis in der bearbeiteten Frage besitzt, seine abweichenden Erfahrungen unterdrücken, durch deren Mittheilung er die Frage in richtigere und hellere Beleuchtung rückt?

Den sachlichen Vortheil davon haben — sollte ich meinen — doch eben sowohl der Verf. des Originals wie die Leser des Referates. Man bedenke doch, dass die Schriftsteller wie die Leser — speciell des Centralblattes — überall in Europa und jenseits der Meere in großen Städte und auf dem Lande zu suchen sind, und dass es gilt, dem Austausche der vielseitigsten Anschauungen Platz zu gewähren und Einseitigkeiten möglichst fern zu halten — und das Alles in möglichst knapper, inhaltsreicher Form.

So möchte ich von den oben mitgetheilten Anweisungen, die, übereinstimmend mit den im Jahre 1880 ausgesprochenen Principien, noch jetzt die Mitarbeiter am Centralblatte zur Nachachtung überwiesen erhalten, einstweilen nicht abgehen.

Dagegen möchte ich zum Schlusse noch kurz auf einen Fehler eingehen, der eingerissen ist und beseitigt werden muss: die Fülle der Originalmittheilungen und der große Umfang einzelner unter diesen. Das Centralblatt ist vorzugsweise eine referirende Zeitschrift, für die Referate muss sein verhältnismäßig geringer Platz in überwiegender Menge frei gehalten werden, um so mehr, als die Zahl der zu besprechenden Arbeiten — nicht zu vergessen die Kongressberichte — von Jahr zu Jahr zunimmt. Es wird einem Redakteur schwer, wenn der Wunsch der Autoren, eine Originalarbeit an der Spitze des Blattes erscheinen zu lassen, dringender und häufiger als sonst ausgesprochen wird, dem entgegenzutreten. Aber wir müssen nun einmal unseren Principien wie den äußeren Verhältnissen Rechnung tragen und daher den Raum für die Originalmittheilungen in Zukunft einschränken. Es lässt sich übrigens das Charakteristische, was in diesen veröffentlicht wird, in der Regel noch viel kürzer wiedergeben, als es gemeiniglich geschieht; und so bitte ich denn, dass fortan der Umfang der Originalmittheilungen womöglich 2 Druckseiten nicht übersteigt, und mir zu verzeihen, wenn ich bei der Überfülle einlaufenden Materiales der einen oder anderen Arbeit nicht Aufnahme gewähren kann.

Richter (Breslau).

Es ist wohl ohne Weiteres zuzugeben, dass eine scharfe Trennung der Fachzeitungslitteratur und der Lehrbücher, Monographien etc. nicht durchführbar erscheint, dass es eine Anzahl litterarischer Leistungen giebt, die auf der Grenze dieser Eintheilung liegen. Giebt man dies zu, so wird man doch, wie ich glaube, der Anschauung recht geben, dass es nicht zulässig erscheint, dem Referenten über kasuistische, experimentelle und ähnliche Mittheilungen das kritische Schwert in die Hand zu drücken. Zu leicht bemächtigt sich derselbe der Waffe, vergisst über dem Kritisiren das Referiren, und das Referat ist nichts werth. Am schlimmsten ist es, wenn Referiren und

Kritisiren durch einander gehen. Kann »der Referent« in solchen Fällen die Kritik gar nicht unterdrücken, so sollte er sie höchstens mit den bekannten zwei Worten dem Ende des Referates anfügen. Das wird aber ganz besonders erlaubt sein, wenn bei längeren Arbeiten unzureichend gestützte, den herrschenden Anschauungen widerstrebende Schlüsse gezogen worden sind.

Der Autor, welcher nach Referaten arbeiten und sich aus den Referaten orientiren will oder der referirten Arbeit selbst bedarf, wird wohl meist das sachlich und gründlich gehaltene Referat dem kritischen vorziehen; dem bloßen Leser kann die Kritik nur nützen, wenn sie, allem Persönlichen fern, streng sachlich von Einem, der den betreffenden Stoff wirklich beherrscht, abgegeben wird.

Prof. **Franz König** (Berlin).

I.

Zur Frage der medullaren Narkose.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. Karl Schwarz,

Primararzt am Spitale der barmherzigen Brüder in Agram.

Wie großes und berechtigtes Aufsehen auch Bier durch seine Entdeckung von der auf die ganze untere Körperhälfte sich ausdehnenden Analgesie nach Injektion minimaler Cocainmengen in den Subarachnoidalraum hervorrief, so steht doch die große Mehrzahl der Chirurgen, darunter Bier selbst, der praktischen Anwendung dieser Entdeckung kühl ablehnend gegenüber. Nur Wenige wollten auf die Ausnützung dieses glänzenden Verfahrens nicht verzichten, trotz der bekannten lästigen Nebenerscheinungen, von denen die Cocainisirung des Subarachnoidalraumes gefolgt wird. An der Spitze der Verehrer dieser Methode steht Tuffier, der bereits auf Hunderte von Rückenmarkscocainisirungen zurückblicken kann, und auch ich machte von der Bier'schen Entdeckung reichlich praktischen Gebrauch. Zu den 61 derartigen Fällen, über die ich letzthin in der »Wiener med. Wochenschrift« (1900, No. 48) berichtete, kommen seither weitere 14 hinzu. Bei Einhaltung der Maximaldose von 0,015 Cocain hatte ich niemals bei meinen 75 Fällen eine bedenkliche oder besorgniserregende Erscheinung zu beklagen. Immerhin muss zugegeben werden, dass dieses in Bezug auf die Lähmung des Schmerzgefühls so wunderbare Verfahren von Nebenerscheinungen begleitet wird, die nichts weniger als willkommen sind, häufig Übelkeiten, Erbrechen, Temperatursteigerungen bis 40° und nahezu ausnahmslos von Kopfschmerzen, die manchmal eine geradezu tobende Heftigkeit annehmen. Zeigt auch die Erfahrung, dass diese Erscheinungen vorübergehender Natur und ungefährlich sind, so ist doch die erzielte Analgesie ziemlich theuer erkauft. Es war ein natürliches

Bestreben, nach einem Verfahren zu trachten, welches ohne so lästige Nebenerscheinungen die Vortheile dieser Methode sichert.

Ich versuchte das vielgerühmte Eucaïn B. In der gleichen Dose wie Cocain angewandt, erwies es sich von ungenügender analgesirender Wirkung, hatte dagegen in gleichem Maße üble Nebenerscheinungen zur Folge.

Ich schritt zu einem anderen Versuche. Ich hatte die Erfahrung gemacht, die auch von Racoviceanu-Pitesci hervorgehoben wurde, dass nach einer an einem Pat. zum zweiten Male ausgeführten subarachnoidalen Cocaininjektion alle lästigen Nebenerscheinungen wegfallen. Sollte es nicht gelingen, diese hochinteressante Erfahrung auszunutzen, den Pat. gegen die unerwünschten Nebenwirkungen des Cocain zu immunisiren und gewissermaßen sofort mit der zweiten Injektion zu beginnen? Ich injicirte dem Pat. den Tag vor der Operation 0,02 Cocain subkutan, hierauf vor der Operation in gewohnter Weise 0,015 Cocain subarachnoidal — der gewünschte Erfolg blieb aus.

Ich wagte einen dritten Versuch, indem ich das Cocain durch Tropacocain, welches mir von der Firma E. Merck in Darmstadt zur Verfügung gestellt wurde, ersetzte. Diese Versuche wurden mit der gebotenen Vorsicht unternommen und von niedrigen Dosen ganz allmählich zu höheren übergegangen. Ich begann mit 0,015, dann 0,02, 0,025, 0,03, und ging dann auf 0,04 und 0,05 über. Ich führte 16mal subarachnoidale Injektionen von Tropacocain aus. In keinem einzigen dieser Eälle waren auch nur die geringsten unangenehmen Folgeerscheinungen zu beobachten: keine Blässe noch Schweißausbruch, Übelkeiten, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel oder Temperatursteigerungen, nichts von alledem war zu beobachten. Die Dosen bis 3 cg erwiesen sich als ungenügend in Bezug auf den Analgesirungseffekt. Mit 3 cg ist eine bis zu den Knieen reichende völlige Analgesie erzielbar, in den höheren Partien ist sie nicht verlässlich. Mit 4 cg konnte ich bei einem sehr empfindlichen 19jährigen Pat. einen osteomyelitischen Oberschenkel aufmeißeln und die Sequester entfernen, ohne dass der Pat. eine Spur von Schmerzempfindung gezeigt hätte. Auch mehrere Radikaloperationen von Hernien konnte ich mit genügender, wenn auch zuweilen nicht ganz idealer Analgesie ausführen. Mit 0,05 war die Analgesie vollkommen bei Ausführung von Radikaloperationen und der Herniotomie eines inkarcerirten Leistenbruchs, bei der Excision von Hämorrhoiden nach Whitehead und bei einer äußeren Uretrothomie, die bei einem höchst decrepiden, 66jährigen, uroseptischen Individuum, mit einer seit 2 Tagen bestehenden kompleten Urinretention in Folge einer traumatischen Harnröhrenstriktur ausgeführt wurde. Es gelang in dem letzteren Falle sehr schwer, das centrale Harnröhrenende aufzufinden, und die Operation dauerte 2 Stunden — die Analgesie war bis zum Schlusse eine absolute. In keinem dieser Fälle war auch nur eine Spur von den genugsam bekannten unangenehmen

Nebenerscheinungen der Cocainisirung des Rückenmarkes nachzuweisen. 10 Minuten nach dem leicht zu verschmerzenden Nadelstiche ist die Analgesie komplet, und das Allgemeinbefinden erleidet weder während noch nach der Operation die geringste Schädigung.

Ersetzt man das Cocain durch Tropacocain, so ist die Eignung der genialen Bier'schen Entdeckung für die praktische Verwendung unbestreitbar geworden.

II.

Die Pseudarthrose des Nagelgliedes.

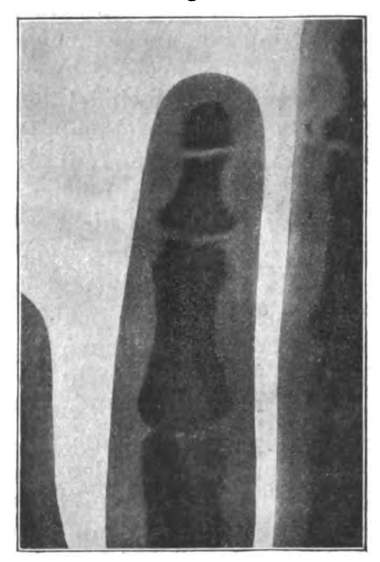
Von

Prof. W. Müller,

Oberarzt am Louisenhospitale in Aachen.

Im Gegensatze zu dem häufig betonten großen Heiltriebe nach komplicirten Fingerfrakturen scheint das Vorkommen von Pseudarthrosen im Anschlusse an Phalangenbrüche eine nennenswerthe Beachtung seither nicht gefunden zu haben. Im Jahre 1898 habe ich in einer Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen[1] das Aktinogramm eines solchen Falles demonstrirt und dabei auf meine Anfrage, ob seitens Anwesender Ähnliches beobachtet worden sei, die Antwort in negativem Sinne erhalten. Ich glaube auch kaum, dass das kleine, aber, wie ich zeigen möchte, doch ganz interessante und gelegentlich auch störende Leiden vor Einführung der Röntgenmethode sicher diagnosticirt werden konnte.

Fig. 1a.



Der Umstand, dass ich nach jener meiner ersten Beobachtung das Gleiche noch 2mal zu sehen bekam, lässt mich vermuthen, dass die Möglichkeit einer Pseudarthrosenheilung wohl öfter bei der Beurtheilung der Folgezustände von Fingerverletzungen ins Auge zu fassen ist, zumal Einem die wahre Ursache bestimmter, hier eine Rolle spielender, Beschwerden bei Unterlassung der aktinographischen Untersuchung sehr leicht entgehen kann.

Die Wiedergabe einiger Röntgenbilder, die meinen Beobachtungen entstammen, ermöglicht mir, mich in der nachfolgenden Schilderung kurz zu fassen. Gemeinsam war den 3 Fällen die Ätiologie: Kom-

[1] Deutsche med. Wochenschrift 1898. Bd. V. p. 151.

plicirte Frakturen durch Zahnradwirkung (2mal), resp. durch Walze, 2mal rasche und scheinbar vollkommene Heilung, im 3. Falle erst nach Entfernung eines kleinen Sequesters.

Fig. 1b.

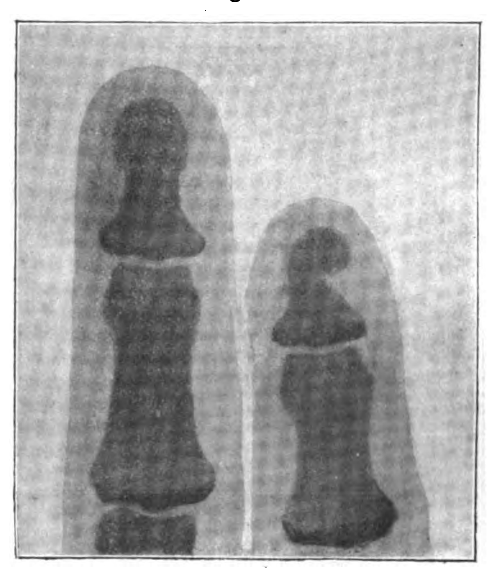
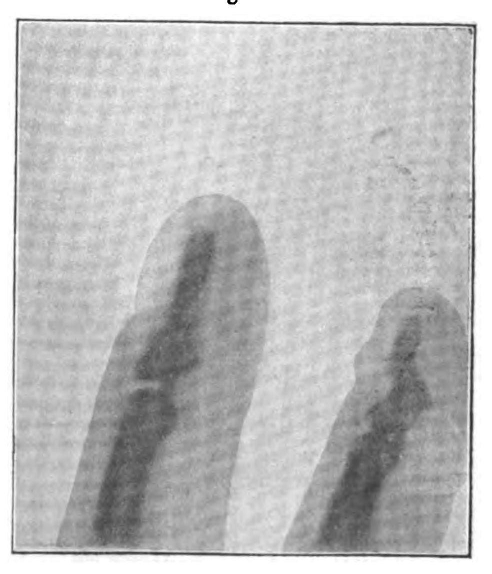


Fig. 1c.



Bei der ersten Beobachtung (37jähriger Kaufmann) wurde ich durch folgende Klagen auf das Leiden aufmerksam. Die komplicirte Fraktur der Endphalanx des rechten Zeigefingers war 3 Wochen nach der Verletzung mit feiner Narbe und etwas buckeliger Beschaffenheit des Nagelbettes geheilt. Aber auch nach $2^1/_2$ Monaten noch konnte der betr. Herr, der viel zu schreiben hatte, dies nur mit sehr häufigen Unterbrechungen thun, da der Finger rasch ermüdete, dann oft ganz versagte und dem Pat. eine Empfindung verursachte, »die ihn ganz nervös machen konnte«.

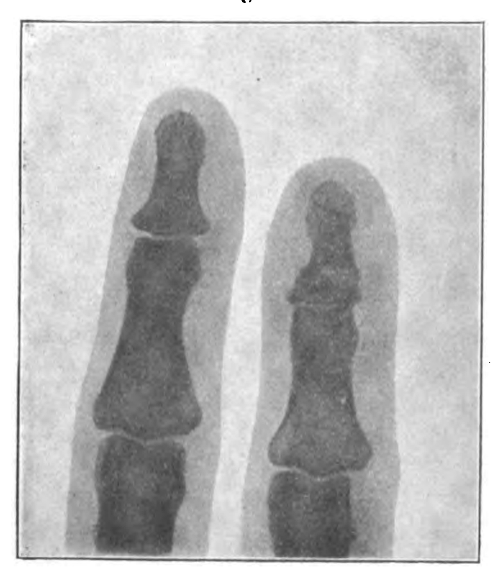
Die klinische Untersuchung ergab sonst nur, dass das Endgelenk des Zeigefingers scheinbar etwas hyperextendirt werden konnte, aber kaum schmerzhaft dabei war. Die Annahme einer wirklich abnormen Mobilität der Endphalanx schien mir kaum berechtigt zu sein, aber der Röntgenapparat lieferte die Fig. 1a, also deutlichen Spalt in der Gegend der Nagelwurzel. Trotzdem war mir's in Anbetracht der kurzen Hebelarme kaum möglich, die Pseudarthrose auch klinisch sicher zu erkennen.

Da Pat. die Störung recht unangenehm empfand, ging er auf den Vorschlag der operativen Freilegung (Blutleere und Lokalanästhesie) sofort ein. Befund: Ausgesprochene Pseudarthrose, Beweglichkeit der Fragmente stärker, als vermuthet, Interposition eines Stückes vom inneren Blatte des Nagelbettes. Anfrischung der Fragmente mit feiner Schneidezange. Fixirende Verbände. Allmähliche Konsolidation mit vollkommener Beseitigung der erwähnten Beschwerden. Das Endresultat zeigen die Figg. 1b und 1c.

2. Fall: 60jähriger Weber. Vor 2 Jahren ganz ähnliche Verletzung wie in Fall 1, ebenfalls am rechten Zeigefinger. Ich hatte den Mann mit mehreren anderen Kollegen wegen noch bestehender Klagen zu begutachten. Pat. konnte angeblich

nicht mehr wie früher den Finger zum Knüpfen der Fäden benutzen, der Finger ermüde leicht und »gehe beim festen Zufassen zu weit zurück«. Äußerlich außer einer feinen, fast cirkulären Narbe kaum eine Veränderung. Wiederum scheinbar im Endgelenke passive Hyperextension möglich.

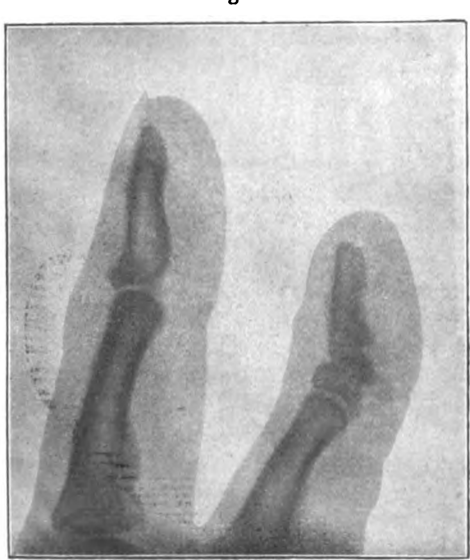
Fig. 2a.



Dies Mal sprach ich die Vermuthung einer Pseudarthrose aus. Der Röntgenapparat ergab die Figg. 2a und 2b (letzteres von der Seite gesehen, künstlich hyperextendirt). Dem Pat. konnte eine kleine Rente nicht wohl entzogen werden. Von Operation wollte er vorab nichts wissen.

3. Fall: 16jähriger Schlosser, Sitz der Pseudarthrose ist die Endphalanx des linken Zeigefingers. 4 Monate nach der Verletzung ist die abnorme Mobilität auch klinisch leicht erkennbar, und Pat. ist dadurch, dass das Endglied sich beim Festhalten mit dem linken Zeigefinger stets in Hyperextension stellte, unangenehm gestört in der Arbeitsfähigkeit. Heilung durch Operation wie im Falle 1. (Interposition von Weichtheilen und einem Stücke Haut als Ursache der Pseudarthrose.)

Fig. 2b.



Während die Verhältnisse im letzten Falle, sowohl hinsichtlich der Genese (Sequester), wie des klinischen Bildes, ziemlich greifbar lagen und in analoger Weise wohl öfter schon zu operativem Vorgehen (Amputation) Veranlassung waren, habe ich in der mir verfügbaren Litteratur vergeblich nach Vorkommnissen, wie sie in Fig. 1a und Fig. 2 dargestellt sind, gesucht. Ich möchte, wie gesagt, glauben, dass bei genauer Analyse der Folgezustände und Beschwerden nach Fingerverletzungen der geschilderte Zustand sich öfter als ursächliches Moment ergeben wird.

Die kleine Operation, welche dann am Platze ist, und welche leicht ohne Narkose vorgenommen werden kann, ist eine recht dank-

bare; denn je nach Sitz der abnormen Beweglichkeit, je nach der Beschäftigung, resp. dem Werthe des betr. Fingers für dieselbe, kann sich jene Pseudarthrose mehr oder weniger störend geltend machen.

---

1) **R. Kennedy.** On the restauration of coordinated movements after nerve crossing with interchange of function of the cerebral cortical centres. Communicated by Prof. McKendrick.

Glasgow 1900. November.

Verf. hat sehr interessante Versuche mit nachfolgender praktischer Anwendung gemacht über die Wiederherstellung der Funktionen durchschnittener und gekreuzter Nerven und das dabei beobachtete Verhalten der Rindencentren. Sie mögen hier im Auszuge folgen.

Versuche über Nervenkreuzung.

Die Versuche sollten klar legen, ob nach Durchtrennung und kreuzweiser Vereinigung der ganzen Nervenversorgung zweier antagonistischer Muskelgruppen das Thier die Fähigkeit wiedererlangen kann, willkürlich geordnete Bewegungen mit den betr. Muskeln zu vollführen, und wie die Wirkung auf die betheiligten Hirnrindencentren sich gestaltet. Hat der Organismus die Kraft, die Veränderung auszugleichen, in welche die Nervencentren gebracht werden durch die Verbindung mit peripheren Enden, mit denen sie nicht zusammengehören?

Die Versuche wurden in 5 Fällen am rechten Vorderbeine von Hunden gemacht. Die 4 ersten bestanden in Vereinigung der centralen Abschnitte der durchtrennten Nn. musculo-cutaneus, medianus und ulnaris mit dem peripheren Abschnitte des N. radialis und umgekehrt. Die ganze Versorgung der Beugemuskeln des Vorderarmes wurde so gekreuzt mit derjenigen der Streckmuskeln. Die Durchschneidungsstelle lag direkt oberhalb des Ellbogengelenkes, die Vereinigungsstellen also an entgegengesetzten Seiten des Gliedes, getrennt durch einen dicken, die Möglichkeit einer Wiedervereinigung hindernden Muskel.

Ein Versuch misslang durch Sepsis der Wunde, bei dreien erlangten die Thiere beinahe vollständig die Kraft wieder, willkürlich geordnete Bewegungen des Gliedes zu machen. Das Bein wurde beim Gehen und Laufen fortwährend und vollständig gebraucht, sie gaben auf Verlangen die Pfote und hielten ihren Knochen beim Abnagen fest. Die Wiederherstellung der Funktion begann um den 30. Tag nach der Operation und wurde vollständig zwischen dem 45. bis 90.

Die physiologische Prüfung ergab Vereinigtsein der gekreuzten Nerven ohne einen Punkt gemeinschaftlicher Vereinigung mit dem anderen; die Beugemuskeln waren somit vollständig durch den Ra-

dialis, die Streckmuskeln durch Medianus, Ulnaris und Musculocutaneus versorgt.

In 2 Versuchen gab der oberhalb der Vereinigung gereizte Radialis Beugung der Pfote, keine Bewegung der Streckmuskeln, während Reizung des centralen Abschnittes des Musculo-cutaneus etc. Streckung der Pfote ergab und keine Bewegung in den Beugemuskeln. Reizung an den Rindencentren des Gyrus sigmoid. ergab auf der linken Hemisphäre, wo normalerweise bei Reizung Beugung entsteht, Streckung und keine Bewegung der Beuger, Reizung des normalen Streckcentrums bei einem Thiere reine Beugung, keine Bewegung der Strecker; beim anderen fand sich das Beugecentrum im normalen Streckbereiche, aber keine reine Beugung ohne Bewegung der Strecker.

Im 4. Versuche war das Resultat der Reizung ziemlich dunkel: Reizung der centralen Abschnitte sämmtlicher 4 Nerven gab Zusammenziehung der Streckmuskeln, keine Beugung. Indessen waren die Beuger augenscheinlich vollkommen gesund und besaßen normale faradische Erregbarkeit. Reizung der Centren am linken Gyrus sigmoid. zeigte, dass das Beugecentrum ein Streckcentrum geworden, aber kein Beugecentrum zu finden war. — Im 2., 3. und 4. Versuche waren die rechtsseitigen Gehirncentren normal gelagert.

In allen Versuchen war die Reizbarkeit der linksseitigen Centren eher verstärkt als geschwächt.

Zur Feststellung, ob die Nervenkreuzung die funktionelle Wiederherstellung verzögere, wurde noch ein Ergänzungsversuch mit einfacher Durchschneidung und sofortiger sorgfältiger Wiedervereinigung derselben Nerven beim Hunde gemacht: Der Verlauf der Wiederherstellung der Funktion war kein wesentlich verschiedener von dem bei Kreuzung.

Die physiologische Prüfung zeigte, dass die Nerven gut vereinigt waren, normale Reizbarkeit und Leitungsfähigkeit wiedererlangt hatten, und dass die Muskeln gesund waren. Prüfung der Rindencentren ergab unscharfe Abgrenzung, doch war dies auch auf der gesunden Seite bei diesem Thiere der Fall.

Praktische Anwendung.

Verbindung des peripheren Abschnittes des durchtrennten N. facialis mit dem Stamme des N. accessorius zur Behandlung des Spasmus faciei bei einer Frau.

Faure hatte schon einmal operativ, aber mit negativem Erfolge, den zum Trapezius gehenden Zweig des N. accessorius zum Ersatze bei Facialislähmung benutzt. In dem vorliegenden Falle litt die Pat. seit 10 Jahren an beständigen Zuckungen der rechten Gesichtsseite, der Mundwinkel war beständig hoch gezogen, die Augenlider halb geschlossen. Die bisherige Behandlung hatte den Zustand noch verschlimmert.

Am 4. Mai 1899 Durchtrennung des Facialis in der Nähe des Austrittes aus dem Canalis Fallopii, Einpflanzung in den Stamm des Accessorius an der Stelle, wo letzterer unter dem hinteren Bauche des M. digastricus hervorkommt. Durch den zwischenliegenden Digastricus wurde eine Wiedervereinigung der Facialisenden verhindert. Unmittelbar nach der Operation vollständige rechtsseitige Gesichtslähmung, die für einige Zeit blieb; faradische Erregbarkeit aufgehoben. Mit der Zeit langsame Wiederkehr der letzteren, zuerst im Orbicularis palpebrarum um den 18. Tag. Um den 49. Tag sehr deutliche Zusammenziehung auf faradische Reizung, willkürlicher Lidschluss zur Hälfte. Am 141. Tage faradische Erregbarkeit auch der anderen Muskeln, am 155. bei Applikation der Elektrode auf die Verbindungsstelle zwischen Facialis und Accessorius heftige Zusammenziehung in allen Gesichtsmuskeln.

Am 17. August 1900, also ca. 15 Monate nach der Operation, war der Zustand folgender: Keine unangenehme Empfindung im Gesichte, Spasmus nicht wiedergekehrt, Conjunctiven normal, keine vermehrte Thränensekretion, Blinzeln genügend, so dass kein Staub ins Auge kam, vollkommener Schluss des Auges, wenn auch nicht so fest wie am gesunden. Gute Kontraktion des Orbicularis palp. auf reflektorischen Reiz. Faltung der Augenbraue nur zu einem geringen Grade, Bewegungen mit Backe und Mund möglich, obschon nicht sehr geordnet. Die labialen Buchstaben wurden vollständig ausgesprochen, und der Buccinator genügte, um Anhäufung von Speisen zwischen Backe und Zahnfleisch während des Essens zu verhüten. Keine Atrophie des Gesichtes, in der Ruhe kein Zeichen von Facialislähmung, guter Tonus der Muskeln und Ausprägung der normalen Furchen.

Mangel an Kraft deutlich beim Erheben der Augenbrauen oder dem Spitzen des Mundes zum Pfeifen oder Blasen. Die Muskeln dieser Theile waren nach faradischer Prüfung vollkommen gesund sowohl bei direktem Muskelreize wie bei indirektem von den Nervenpunkten.

Reaktion und Bewegung des Trapezius und Kopfnickers normal.

Eigenthümlich war bei plötzlichem Erheben des Armes gleichzeitige Kontraktion des Gesichtes, indem die Impulse für den Trapezius direkt nach dem Gesichte gingen. Bei anhaltendem Erheben des Armes schwanden diese Kontraktionen.

Allgemeine Schlüsse.

1) Am Vorderbeine des Hundes kann die Nervenversorgung der Flexoren mit derjenigen der Extensoren gekreuzt werden, mit dem Resultate, dass trotz veränderter Innervation das Thier die Kraft wie vorher wiedererlangt, willkürlich geordnete Bewegungen des Beines zu machen.

2) Die Zeit zur Wiederherstellung der Funktion des Beines ist bei Kreuzung die gleiche, wie bei einfacher Durchtrennung und sofortiger Naht.

3) Das Resultat der Kreuzung von Nerven, welche antagonistische Muskelgruppen versorgen, ist, dass die Nervencentren, welche früher die eine innervirten, jetzt für die andere Gruppe dienen, und dieser Wechsel dehnt sich bis zu den Gehirnrindencentren aus, welche ihre Aufgabe wechseln, ihre Erregbarkeit behalten.

4) Die Gehirnrindencentren sind trotz Wechsels ihrer Aufgabe fähig, dem Willen folgend Impulse zu ertheilen, welche in den neuen peripheren Gebieten vollständig geordnete Bewegungen auslösen.

5) Es kann also der Nervus facialis vom Facialiscentrum getrennt, dem Accessoriuscentrum angereiht und die Gesichtsmuskeln somit vom Accessoriuscentrum innervirt werden mit dem Erfolge, dass

geordnete Bewegungen im Gesichte, sowohl willkürlich wie reflektorisch, wenigstens zum Theil wiederhergestellt werden.

6) Im Falle der Wiedervereinigung eines durchtrennten Nerven ist es nicht nothwendig anzunehmen, dass Regeneration die alten Bahnen für die Nervenimpulse wiederherstellt, da, wenn durch unvollständige Koaptation durchtrennter Nervenendigungen neue Wege gebildet werden mit dem Resultate des Wechsels der Verbindung zwischen centralen Nervenzellen und peripheren Endigungen, der Organismus die Fähigkeit hat, diesen Wechsel auszugleichen.

7) Im Falle der Lähmung eines Muskels oder einer Muskelgruppe ist es, wenn der den kranken Muskel versorgende Nerv einem benachbarten Nerv, welcher gesunde Muskelgruppen versorgt, eingefügt wird, wahrscheinlich, dass der kranke Muskel, wenn er nicht bereits degenerirt ist, seine normalen Funktionen wiedererlangen kann. **Heddaeus** (Trier).

---

2) **v. Torday.** Einige praktisch wichtige Missbildungen.
(Wiener Klinik. Bd. XXVII. Heft 1.)
Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1901. 34 S. Mit 20 Abbildungen.

Verf. referirt über die den Chirurgen am meisten interessirenden Missbildungen, die neueren Anschauungen hauptsächlich in ätiologischer Hinsicht berücksichtigend. Eine Vermehrung der Kasuistik oder ein genaueres Eingehen auf einzelne Fragen lag nicht in der Absicht des Verf., dem es vielmehr nur um eine lehrbuchartige Zusammenstellung zu thun war. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

3) **P. Perrolini.** Sugli innesti cutanei.
(Sperimentale 1900. No. 5.)

Nachprüfung der bekannten Experimente von Wentscher, Enderlen u. A. über Transplantation länger vom Organismus abgetrennt gewesener Hautstücke. Verwendet wurden Krause'sche Läppchen. Es gelang, dieselben, in physiologischer Kochsalzlösung aufbewahrt, noch nach 6 Tagen zur Anheilung zu bringen. Auch nach 10 Tagen zeigten sich einzelne Zellen des Läppchens lebensfähig und bildeten Mitosen. Bei trockener Aufbewahrung wird die Vitalität stärker gestört. Aufbewahrung bei 0° scheint sehr nützlich zu sein. Zur Anheilung ist gute Blutversorgung des Mutterbodens nothwendig, am besten eine Granulationsfläche. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

4) **Mendel.** Epilepsie und Trauma.
(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1901. No. 2.)

Verf. betont, dass bei Erwachsenen nur ganz ausnahmsweise genuine Epilepsie als Folge eines Traumas, speciell eines Kopftraumas auftritt.

Bei Kindern kommt für die Entstehung der genuinen Epilepsie besonders das psychische Trauma in Betracht. Verf. warnt vor operativen Eingriffen bei Epilepsie, falls nicht die Untersuchung sicher örtliche Anhaltspunkte für die Möglichkeit giebt, dass eine organisch bedingte Epilepsie vorliegt. **Motz** (Hannover).

---

5) **Ceccherelli.** Considerazioni sulla cura della tubercolosi vertebrale.

(Gazz. med. di Torino 1901. No. 1.)

C. bekennt sich als Anhänger der konservativen Richtung bei Behandlung des Pott'schen Buckels. Er verwirft Calot's Operation als irrationell und als gefährlich in Hinblick auf die Bedeutung von Traumen in der Entstehung der lokalen Tuberkulose und auf den Fall einer 28jährigen Frau, bei welcher sich an die einfache Suspension und Anlegung eines Gipskorsetts eine floride tödliche Phthise anschloss. Er glaubt an den Zusammenhang beider Vorgänge. Lähmungen werden durch Druck auf die Wurzeln, nicht auf das Mark selbst hervorgerufen. C. verwirft daher die Operationen, welche den Knochen, die stützende Wirbelsäule, angreifen. Wo die Laminektomie von günstigem Erfolge war, lag dies an der Entfernung fungöser Granulationen, welche auf die Wurzeln drückten.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

6) **V. E. Mertens.** Zur Frage der knöchernen Deckung von Schädeldefekten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 518.)

Die Arbeit fasst die Ergebnisse aus Verf.'s unter v. Eiselsberg in Königsberg verfasster Doktordissertation zusammen. Er machte bei Kaninchen Deckungen von Schädeldefekten mit verschiedenem Materiale, entkalktem, geglühtem und gekochtem Knochen, und untersuchte die gewonnenen Präparate makro- und mikroskopisch. Nach seinen Befunden stellt der gekochte Knochen das beste Deckmaterial dar. Es können sowohl vom Pat. stammende Fraktursplitter als auch von beliebigen Leichen genommene und zurechtmodellirte Ersatzstücke verwendet werden. Die gekochte Knochenplatte soll möglichst fest eingefügt werden, der Kontakt an den Stellen des Defektrandes möglichst eng sein, dass thunlichst reichliche Blutzufuhr gesichert ist. Daneben werden 1—2 bohnengroße Ausschnitte empfohlen, damit keine Blutansammlung hinter der Platte stattfinden kann. Vielleicht sind auch bei den Röhrenknochen analoge Ersatzbildungen ausführbar. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **E. Gaglio.** Sugli effetti che spiegano sull' occhio il taglio e la eccitazione del nervo trigemino.

(Lavoro estratto della Riforma medica, No. 154—156, anno XVI. Palermo 1900.)

Behufs Prüfung des Einflusses, welchen die Verletzung des Trigeminus auf das Auge ausübt, führte G. eine Reihe von Thierversuchen aus. In der ersten Reihe (fünf Experimente) brachte er einen Tampon an das Ganglion Gasseri, um nach Art einer Geschwulstbildung einen Reiz auf den Nerven auszuüben. In einer zweiten Reihe durchschnitt er den Quintus hinter dem Ganglion oder an ihm selbst. Das beiden Versuchsreihen gemeinsame Phänomen war eine Störung in der Blutcirkulation des Auges, die sich bei Reizung des Nerven in einer Erweiterung, bei Durchschneidung desselben in einer Verengerung mit sekundärer, selten schon primärer Dilatation der Gefäße kundgab. Als eine Folge dieser Cirkulationsstörung vor Allem fasst G. die Geschwürsbildungen an der Cornea auf, indem erstere gerade hier die Ernährung der Zellen leicht gefährden und einer sekundären Infektion Vorschub leisten könne. Dazu kommen noch Ekchymosen und Hämorrhagien. Als weitere Symptome beobachtete G. nach Durchschneidung des Nerven Anästhesie, Miosis, Sinken des intraokularen Druckes und ein Aufhören der Thränensekretion; nach Reizung des Nerven hingegen ein Anwachsen des intraokularen Druckes mit Exophthalmus und Hypersekretion der Thränendrüse.

A. Most (Breslau).

---

8) **H. Cordes.** Über die Hyperplasie, die polypöse Degeneration der mittleren Muschel, die Nasenpolypen und ihre Beziehungen zum knöchernen Theile des Siebbeines.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. XI. p. 280.)

Verf. giebt nach einer kurzen Einleitung zunächst einen historischen Rückblick, indem er die bisher vorliegenden kombinirten Untersuchungen über Klinik und pathologische Anatomie der in Rede stehenden Erkrankung in recht anschaulicher Weise zusammenstellt. Darauf folgen die eigenen klinischen und anatomischen Untersuchungen des Verf.'s, die uns zunächst die 27 Krankengeschichten und recht exakten mikroskopischen Protokolle (mittlere Muschel und Siebbein) geben. Nach diesen werden dann die folgenden Formen unterschieden: 1) die oberflächliche Entzündung der mittleren Muschel. Bei ihr findet sich vornehmlich eine Verdickung der Basalmembran, eine starke Rundzelleninfiltration der Schleimhaut und Alteration der Drüsen. Ist die Schleimhaut polypös degenerirt, so kommt es zu einer serösen Durchtränkung des submukösen Bindegewebes, ein Stadium, das nur graduell verschieden ist von dem der richtigen Polypenbildung. Am Knochen überwiegen bei dieser oberflächlichen Entzündung der mittleren Muschel die Oppositionsvorgänge über die Resorptionsvorgänge, woraus dann eine Dickenzunahme des Knochens resultirt. 2) Die tiefgreifende Entzündung

der mittleren Muschel resp. des Siebbeines, mit 2 Unterabtheilungen: a. ohne, b. mit aktiver Betheiligung des Knochens; bei a. sind ganz ähnliche Verhältnisse vorhanden wie bei 1), nur dringen die Rundzellen ins Periost und in die Markräume ein; bei b. finden sich Processe am Periost und Knochen, die C. als osteoplastische Periostitis und Ostitis auffassen zu müssen glaubt. Rareficirende Ostitis konnte nie nachgewiesen werden. — Die beschriebene Periost- und Knochenerkrankung hält C. für die Ursache multipler und recidivirender Polypenbildung, da er sie in allen 11 untersuchten derartigen Fällen gefunden hat. — 13 vorzügliche Abbildungen illustriren die anatomischen Untersuchungen.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

9) **E. Wertheim.** Beiträge zur Pathologie und Klinik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.

(Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. XI. p. 169.)

W. hat an 400 Leichen eine anatomische Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen angestellt. 40 Fälle, die Kinder in den ersten Lebensjahren betreffen, scheiden aus. Unter den übrig bleibenden 360 Fällen zeigten 165 mehr oder weniger wesentliche Veränderungen. In 95 Fällen fand sich Empyem der Nebenhöhlen, und zwar in 159 Nebenhöhlen. Rein schleimige Sekretansammlungen wurden 31mal gefunden. Es folgen dann sehr genau die einzelnen Ergebnisse der Untersuchungen, so Lebensalter, Betheiligung der verschiedenen Höhlen, Vorhandensein anderer Erkrankungen, wobei die Infektionskrankheiten eine besondere Rolle spielen, Kombination mit Polypen, Schleimhauthypertrophien etc., Einzelheiten, auf die hier im Rahmen eines Referates nicht näher eingegangen werden kann. — Hieran reihen sich Untersuchungen über intrakranielle Komplikationen von eitrigen Nebenhöhlenentzündungen mit Berichten von diesbezüglichen Krankengeschichten und Sektionsprotokollen. Endlich werden noch gründliche klinische Erörterungen über die genannten Affektionen hinzugefügt mit besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Operationsmethoden. — Das Ganze ist eine ungemein sorgfältige und fleißige Arbeit, die bezüglich ihrer Einzelheiten jedem Specialarbeiter auf diesem Gebiete empfohlen sein mag.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

10) **M. Rivière.** Rapports entre les adénoïdes et l'insuffisance thyroïdienne.

(Indép. méd. 1901. No. 4.)

Verf. macht auf die Häufigkeit des gleichzeitigen Auftretens von adenoiden Wucherungen und Myxödem aufmerksam und erzielte in solchen Fällen durch Fortnahme der Wucherungen und gleichzeitige specifische Behandlung des Thyreoidea-Ausfalles gute Erfolge, auch hinsichtlich der oft zugleich bestehenden Taubstummheit.

Mohr (Bielefeld).

---

11) **Strauss** (Berlin). Über die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose und Therapie der Hämatorhachis traumatica.

(Charité-Annalen XXV. Jahrgang.)
Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1900. 170 S.

Es wird die Anwendung der Lumbalpunktion für solche Fälle empfohlen, »in denen nach Rücken- und Schädelverletzungen klinische Bilder zu beobachten sind, bei welchen intradurale Blutungen differentialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen sind«. Im Besonderen soll die Lumbalpunktion auch für die Abgrenzung der einfachen Commotio cerebri so wie des unkomplicirten Delirium tremens oder gewöhnlicher Trunkenheit von Schädelverletzung in Frage kommen. Doch müsse man hierbei freilich den möglicherweise durch die Punktion angerichteten Schaden in Betracht ziehen, den man zuweilen nach ihr hervortreten sah, bis zu tödlichem Ausgange. S. will sie daher nur bei Personen anwenden, welche, abgesehen von den Folgen der Verletzung, völlig gesund sind, namentlich niemals, wenn etwa Arteriosklerose vorhanden ist. Nach der in der vorliegenden Mittheilung beschriebenen Beobachtung scheint es sogar, als wenn vorsichtig ausgeführter Lumbalpunktion ein unmittelbarer therapeutischer Nutzen zuzuschreiben ist. Es trat sogleich eine deutliche Änderung des klinischen Bildes danach ein, und es könnte diese Änderung wohl auf eine Beschleunigung in der Aufsaugung des Ergusses deuten. Somit kommt S. zu dem Schlusse, »dass die unter vorsichtiger Indikationsstellung und mit allen Kautelen ausgeführte Lumbalpunktion bei Fällen, in welchen Verdacht auf traumatische Hämatorhachis vorliegt, doch mehr Benutzung verdient, als sie für diesen Zweck gemeinhin bisher erfahren hat«.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

12) **S. Kreiss.** Experimentelle Beiträge zur Lehre von den Wirbelluxationen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 523.)

Verf. hat seine Doktordissertation über von ihm im Laboratorium der Königsberger chirurgischen Klinik angestellte Versuche über Wirbelverrenkungen verfasst und giebt in vorliegendem Aufsatze eine kurz zusammenstellende Übersicht über die von ihm erzielten Experimentergebnisse. 36 Versuche wurden an Leichen angestellt, und zwar nach Entfernung der Hals- und Rückenmuskulatur. Bei starker Vorwärtsbeugung oder auch Seitwärtsdrehung des Kopfes wurde von oben und hinten her ein starker Hieb auf die Wirbelsäule applicirt. Es gelang, den 1. und 2. Halswirbel zusammen, den 3., 5., 6. und 7. isolirt zu verrenken. Der 1. Brustwirbel war leicht zu dislociren. Je weiter nach unten, um so schwieriger ließ sich das Ziel erreichen, vom 5. Brustwirbel an abwärts gelang es nicht mehr. Die vollkommenen (doppelseitigen) Verrenkungen sind Beugungs-, die unvoll-

kommenen (einseitigen) sind Rotationsluxationen. Bei den ersteren sind die Schädigungen der Knochen und Bänder ausgedehnter. Verletzungen des Rückenmarkes bezw. seiner Hüllen kamen nur bei gleichzeitigem Wirbelbruche zu Stande. Weniger interessant sind die Thierversuche. Auf unblutigem Wege gelang es, bei 7 Kaninchenversuchen mittels Hieb in die Nackengegend 2mal eine Beugungs- und 2mal eine Rotationsluxation zu erzeugen. Eine Drehungsluxation kam bei 16 Experimenten an verschiedenen Thieren nur 1mal zu Stande. (Luxation des 5. Halswirbels durch Kopflinksdrehung um 180°.) Nach Abpräparirung der Rückenmuskeln konnte dagegen durch Drehung des 6. und 7. Halswirbeldornes nach entgegengesetzter Richtung wiederholt eine Verrenkung herbeigeführt werden.

Dem Berichte über die Experimente folgt eine sehr kurze Mittheilung von 3 in der Königsberger Klinik beobachteten Halswirbelverrenkungen. Das Röntgenbild erwies sich hier für die Diagnose sehr werthvoll. Die Reposition gelang in allen Fällen nicht ordentlich, doch war Hals- und Kopfbeweglichkeit schließlich befriedigend; medulläre Erscheinungen fehlten. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

13) J. Moure. De l'épiglectomie par la voie externe.

(Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1900. No. 40.)

Verf. bespricht zunächst die bei Exstirpation der Epiglottis überhaupt in Betracht kommenden Operationsmethoden. Während bei Tuberkulose oder ganz beschränkten Läsionen des Epiglottisrandes die endolaryngeale Methode in den Vordergrund tritt, ist bei bösartigen Geschwülsten der Weg von außen vorzuziehen; und zwar kommen dabei zwei Verfahren in Betracht: das eine mit transversaler, das andere mit vertikaler Schnittführung. Bei dem ersteren werden zahlreiche Muskeln und Gefäße durchtrennt, und es wird eine Wunde gesetzt, welche bei Bewegungen des Kopfes nach hinten leicht klafft, Nachtheile, die dem Verfahren mit vertikaler Schnittführung, bei dem nur das Zungenbein durchtrennt wird, nicht anhaften; aus diesen Gründen bevorzugt Verf. das zweite Verfahren. Er wandte dasselbe bei einem 55jährigen Manne mit Epitheliom des Zungengrundes und der Epiglottis an. Die Operation, der die Tracheotomie vorausgeschickt wurde, wird genau beschrieben. Nach Entfernung der krankhaften Partien verschorfte Verf. die Insertionsstelle mit dem Galvanokauter und schloss die Wunde durch Anlegung von Muskel- und Hautnähten. Nach 7 Tagen, als die anfängliche Anschwellung der aryepiglottischen Falten und des Zungengrundes verschwunden, ließ er die Kanüle fort. Glatte Heilung unter Bildung einer fibrösen Narbe, die den Kehlkopf etwas nach vorn zieht. Mit demselben Erfolge wandte Verf. dieses Verfahren mit vertikaler Schnittführung an bei einem chronischen Abscess der Zungenbasis und einer an der Seite der Epiglottis gelegenen Geschwulst.

F. Alexander (Straßburg).

Kleinere Mittheilungen.

14) Dubreuilh et Venot. Tumeur d'aspect sarcomateux causée par des corps étrangers multiples.

(Ann. de dermat. et de syph. 1900. No. 10.)

Ein 10jähriges Kind verletzte sich beim Spielen derartig, dass ein linsengroßes Stück einer Austernschale unter die Haut der Rückseite der ersten Phalanx des rechten Zeigefingers eindrang. Das Stück wurde nach 2 Monaten ausgestoßen. An dieser Stelle entwickelte sich in etwa 9 Monaten eine mandelgroße Geschwulst, die excidirt wurde und histologisch folgendes Bild darbot: sie bestand aus jungem Bindegewebe, das in viele verschieden große Fächer getheilt war. In diesen Fächern waren eingeschlossen entweder kleine Abscesse oder zellreiches Gewebe mit und ohne Riesenzellen. Innerhalb der Abscesse und der Riesenzellen fanden sich Reste des Stückes von der Austernschale. Mikroorganismen waren mikroskopisch nicht nachweisbar. Die Verff. erinnern an einen ähnlichen, von Spitzer beobachteten Fall (s. Wiener klin. Wochenschrift 1897, No. 26).

V. Klingmüller (Breslau).

15) D. R. v. Mašek. Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum.

(Liečnički viestnik 1901. No. 1. [Kroatisch.])

Verf. berichtet über einen Fall dieser seltenen Affektion.

Beim 56jährigen Pat. begann das Leiden an der linken Hand mit Röthung und Steifigkeit der Finger. Vor 6 Monaten begann der linke Fuß sich zu röthen, und es bildeten sich an der Fußsohle haselnussgroße Knoten, welche Pat. mit Scheidewasser abbrannte und mit Zwirn abband. Inzwischen bildeten sich neue Knoten am Fußrücken. Seit einigen Monaten bilden sich Knoten auch an beiden Handtellern. Pat. hat oft starkes Jucken.

Die angeführten Abschnitte der Extremitäten zeigen die typischen Veränderungen: livide Röthung und Härte der Haut, welche sich nicht in Falten abheben lässt. Der Übergang der kranken Gegend in die gesunde ist plötzlich, scharf abgegrenzt. Die in der Haut liegenden Knoten sind hirsekorn- bis haselnussgroß Die kleinen sind ganz in der Haut versteckt, die größeren ragen hervor. Die Farbe der Geschwülste ist dunkelblau bis rothviolett, die Konsistenz einiger weich, anderer hart, nie fibrös. Pat. hat auch ein hirsekorngroßes ovales röthliches Infiltrat am rechten Stimmbande.

Mikroskopische Untersuchung (Dr. K. Tauszk). Die Knoten liegen im Corium, welches in ihrer Nähe fibrös ist, seine Zellen enthalten viel granulirtes Pigment von grauer Farbe. Nach oben reicht der Knoten bis zur verschmälerten Malpighischen Schicht, welche hier in einer geraden Linie endigt, da keine Papillen vorhanden sind. Der Knoten selbst besteht aus größeren und kleineren theils länglichen, theils runden Bindegewebszellen und hat an verschiedenen Orten verschieden viel intercelluläre Substanz. Die Knoten enthalten viel Blut, das sich theils in Form von Hämorrhagien im Gewebe, theils in präformirten Höhlen befindet, welche meist nur durch eine Schicht von Endothelzellen vom Gewebe des Tumors abgetheilt sind. Die Grenze der Knoten ist nicht scharf, es finden sich in ihrer Nähe kleinere Gruppen sarkomatöser Zellen. Die übrige Haut ist normal.

Pat. blieb 2 Monate in Behandlung, bekam Natr. arsen. subkutan in steigender Dosis. Beim Abgange wurde Verkleinerung der Knoten beobachtet, während sich hingegen das Infiltrat im Larynx vergrößerte.

Verf. erörtert die Differentialdiagnose gegenüber Lupus, Gumma, Lepra (mikroskopische Untersuchung auf Bacillen negativ), Leukämie, Pseudoleukämie und Mycosis fungoides.

v. Čačković (Agram).

16) **Bodin.** Pseudoxanthome élastique.

(Ann. de dermat. et syph. 1900. No. 10.)

B. theilt einen Fall von Pseudoxanthoma elasticum mit, der den beiden bisher veröffentlichten Fällen (Balzer, Chauffard) analog ist. Ein 50jähriger, mit Lungenphthise behafteter Pat. bemerkte seit 30 Jahren stecknadelkopf- bis linsengroße Knötchen in der Haut (besonders Bauch, Schlüsselbeingegend, Achselhöhle, oberer Theil der Extremitäten). Sie waren leicht gelblich gefärbt, die Hervorwölbung weniger sicht- als fühlbar, die Konsistenz fest. Mikroskopisch stellten sie ovaläre Herde mit lobulärem Bau dar und bestanden aus einer gekörnten Masse, an deren Peripherie sich zahlreiche vielkernige Riesenzellen befanden. Die gekörnten Massen hält Verf. für verändertes elastisches Gewebe, weil sie alle dafür charakteristischen Reaktionen gaben. Außerdem bestand eine Perivaskulitis an den Gefäßen, die im Tumor und in seiner Nachbarschaft verliefen.

V. Klingmüller (Breslau).

17) **E. Smith.** Lupus vulgaris of fifteen years standing succesfully treated and cured by exposure to X-ray.

(Buffalo med. journ. 1901. Januar.)

Es handelte sich um einen 80jährigen Mann mit ulcerösem Lupus der Nase und des inneren Drittels der rechten Augenlider. Beginn der Erkrankung vor 15 Jahren, angeblich im Anschlusse an eine kleine Wunde des Nasenrückens. Behandlung mit Röntgenstrahlen (Bleimaske) jeden 5. Tag 20 Minuten lang, Röhre in 5 cm Entfernung von der erkrankten Stelle. Außer leichten Kopfschmerzen und Gefühl von Ameisenkriechen traten keine Nebenerscheinungen auf. Nach der 2. Sitzung wurden gesunde Granulationen sichtbar, nach der 12. war feste Vernarbung (mit leichten Ektropium der Augenlider) eingetreten, welche bisher 4 Monate angehalten hat (2 Abbildungen).

J. C. Clark theilt im Anschlusse hieran einen eben so behandelten, seit 5 Jahren bestehenden Fall von ausgedehntem Lupus des Ohres und Nackens mit. Nach ca. 8wöchentlicher Behandlung war die Heilung fast vollkommen.

Mohr (Bielefeld).

18) **E. Stack.** A case of diffuse leontiasis ossea.

(Bristol med. journ. 1900. December.)

Die betreffende 21jährige Pat. war im 3. Lebensjahre auf die Stirn gefallen. Einige Zeit später begann eine allmählich immer mehr zunehmende Vergrößerung des Schädels, welche anfänglich für Hydrocephalus gehalten wurde. Gleichzeitig begann der Unterkiefer sich zu deformiren. Psychische Veränderungen waren niemals vorhanden, konstitutionelle und hereditäre Einflüsse nicht nachweisbar. Eine akut auftretende Dyspnoe machte die Tracheotomie nothwendig, welche ohne Wirkung blieb; plötzlicher Tod.

Sektionsbefund: Die Knochen des Hirnschädels gleichmäßig und enorm vergrößert, Stirn- und Hinterhauptsbein stark ausgebuchtet, durchschnittliche Dicke des Hirnschädels ca. 7 cm, der Knochendurchschnitt weicher als normal, neben kompakten Partien stellenweise stark poröse, höhlenartige. Gewicht des halben Schädels ohne Unterkiefer 7 Pfund (engl.), das des Unterkiefers 1 Pfund. Gehirn normal. Am Unterkiefer sind nur einige Milchzähne vorhanden, der horizontale Ast verlängert und verdickt, der obere Theil des aufsteigenden Astes normal, die Spongiosa auch hier sehr porös, das Mark von schleimiger Beschaffenheit. An den übrigen Knochen: Skoliose (statische) der Wirbelsäule, Becken sehr weich und leicht, stark skoliotisch deformirt, statische Verkrümmung beider Ober- und Unterschenkel, Plattfüße. Der Nasen-Rachenraum wird von einer festen, weißlichen, mit dem harten und weichen Gaumen verwachsenen Neubildung ausgefüllt, ein Knoten von ähnlicher Beschaffenheit in der Schilddrüse (mikroskopisch zahlreiche myeloide Zellen). Die fettig infiltrirte und cirrhotische Leber enthält mehrere ähnliche Knoten, das Bild ähnelt dem der Lues congenita.

Es handelt sich demnach entweder um eine luetische Knochenerkrankung oder um multiple Myelome (1 Tafel mit Abbildungen). **Mohr** (Bielefeld).

19) P. Linser. Über Cirkulationsstörungen im Gehirn nach Unterbindung der Vena jugularis interna.

(Beitr. z. klin. Chir. Bd. XXVIII. Hft. 3. p. 642.)

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle der v. Bruns'schen Klinik war bei einer 48jährigen Frau im Verlaufe der Operation eines entzündlich verwachsenen Kropfes die V. jugularis unterbunden worden. Nach der Operation stellte sich eine ausgesprochene Apathie, verbunden mit Beschleunigung des Pulses und der Athmung so wie starker Cyanose ein. Am folgenden Tage Tod. Die Sektion ergab als Todesursache Gehirnödem und als Erklärung für dieses den eigenthümlichen Befund, dass die Lichtung der V. jugularis und eben so der Durchmesser der Fossa jugularis auf der linken Seite um ein Mehrfaches geringer war als auf der Seite der Operation. Analoge Beobachtungen nach Jugularisunterbindung sind bisher erst 2mal (von Rohrbach aus der v. Bruns'schen Klinik, dann von Kummer) gemacht worden.

Wie ausgedehnte anatomische Untersuchungen des Verf. zeigen, ist es indessen keineswegs selten, dass das eine, und zwar meistens das linke Foramen jugulare eine so bedeutende Verengerung aufweist, dass die Unterbindung der anderseitigen Vene die Cirkulation im Gehirn gefährdet. Es wird daher mit Recht darauf hingewiesen, dass die Jugularisunterbindung keinen so gefahrlosen Eingriff darstellt, als im Allgemeinen angenommen wird. **Honsell** (Tübingen).

20) Hovis. Hernie cérébelleuse, suite d'intervention sur le sinus latéral.

(Ann. de la Soc. belg. de chir. 1900. Juli).

H. stellte ein 14 Jahre altes Mädchen vor, welchem er 1 Jahr vorher den Proc. mastoideus geöffnet und das Innere ausgelöffelt hatte. Dabei musste er bis in den thrombosirten Sinus lateralis vordringen. Als er 1 Jahr später wieder öffnete, weil die Fistel nicht heilen wollte, fand er einen Hirnbruch von der Größe einer kleinen Nuss vor, worauf er die Haut wieder schloss.

C. Fischer (Straßburg i E).

21) E. Lexer. Angeborene mediane Spaltung der Nase.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 2).

Ein Referat kann kaum eine genügende Vorstellung der interessanten Missbildung geben, die bei dem Ansehen der beigegebenen Photographien und der Lektüre der ausführlichen Schilderung leicht verständlich ist. Das Auffallendste der vielgestaltigen Missbildung ist die mediane Spaltung der Nase. Neben ihr aber bestehen noch Abnormitäten an Mund, Augen, Haar etc. Nach den Abbildungen zu schließen, ist es L. durch operatives Vorgehen gelungen, dem unglücklichen Menschen ein gefälligeres Aussehen zu verleihen, vor Allem seine Nase und seinen Mund dem normalen Verhältnisse entsprechender zu gestalten. Entwicklungsgeschichtliche Erörterungen, besonders über den Zusammenhang der Verunstaltung mit Strängen des Amnion, vervollständigen die Beschreibung des Falles. L. konnte in der Litteratur keinen zweiten Fall finden, der eine solche Kombination der medianen Spaltnase mit Resten verschiedener fötaler Gesichtsspalten darstellt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. Sonnabend, den 9. März. 1901.

Inhalt: I. **P. Bade,** Zur Behandlung schwerer Skoliosen. — II. **A. Hammesfahr,** Eine neue Art der Nahtführung zur sicheren Wiedervereinigung der Recti bei medianen Bauchnarbenbrüchen. (Original-Mittheilungen.)

1) **Roth,** Jahresbericht. — 2) **Köhler,** Allgemeine Chirurgie der Schussverletzungen. — 3) **Toubert,** Kriegschirurgie. — 4) **Cranz** und **Koch,** Explosivartige Wirkung der Infanteriegeschosse. — 5) **Nimier** und **Laval,** Verlauf von Schusswunden. — 6) **Schaefer,** Die Lanze. — 7) **Matthiolius,** 8) **Küttner,** 9) **Strehl,** Vom südafrikanischen Kriege. — 10) **Henne,** Schussverletzungen durch die schweizerischen Militärgewehre. — 11) **Krönlein,** Schädel-Hirnschüsse. — 12) **Smith,** Pulververbrennungen der Haut.

13) **Lagarde,** Gewehrschusswunden. — 14) **Finot,** Kriegsbericht aus dem französischen Sudan. — 15) **Olivier,** 16) **Sieur,** Bajonettwunden.

A. d'Antona, Einige Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Prof. v. Gubaroff »Über das Verfahren zur Restitution des durchschnittenen Ureters vermittels direkter Vernähung desselben«.

I.

(Aus der orthopädischen Anstalt von Dr. Peter Bade in Hannover.)

Zur Behandlung schwerer Skoliosen.

Von

Dr. Peter Bade.

Die Arbeiten der letzten Jahre haben wohl so viel Klärung unter den Fachkollegen geschaffen, dass alle nur in der richtigen Kombination von Gymnastik, Massage und Korsett eine einigermaßen günstige Beeinflussung auf die Skoliose sehen. Einig ist man sich nur nicht über die Art des Korsetts. Am meisten Anklang bei den Fachkollegen hat in letzter Zeit wieder das alte Sayre'sche Gipskorsett gefunden. Man legt es jetzt nach dem Vorgehen Calot's bei mehr oder weniger starker Extension der Wirbelsäule an und lässt es eine gewisse Zeit, etwa bis zu 3 Monaten, dauernd liegen. Am energischsten ist wohl Schanz mit der Redression vorgegangen. Den Grad der Korrektur, den er in seinem Gipsverbande einstellt, nennt

er sein definitives Resultat, das er nach Abnahme des Gipsverbandes durch zweckmäßige Nachbehandlung: Gymnastik, Korsett und Gipsbett zu erhalten sucht.

Ich habe nun versucht, das bei der Redression erreichte und im Gipsverbande fixirte Resultat nicht als Dauerresultat anzusehen, sondern es noch fortwährend unter dem starren Gipsverbande zu verbessern. Meine Idee hat sich in der Praxis bewährt, und ich glaube daher, sie den Kollegen zur Nachprüfung und Nachahmung kurz unterbreiten zu dürfen.

Ich lege meinen Dauer-Gipsverband nur nach möglichst ausgiebiger Mobilisation der Wirbelsäule an. Da eine Extension der Wirbelsäule dauernd nur möglich ist, wenn letztere zwischen Becken und Kopf fest eingespannt ist, so müssen diese beiden »festen Punkte« in den Verband mit eingeschlossen werden. Da ferner der Pat. im Gipsverbande wächst, so muss, wenn die Wirbelsäule während der Fixationszeit nicht zusammensinken soll, eine allmähliche Weiterextension Hand in Hand mit dem Wachsthum gehen. Diese erreiche ich dadurch, dass ich die von Schede bei Spondylitis angewandte Extensionsvorrichtung auch bei der Skoliose gebrauche.

Da ferner die Kinder gewöhnlich im Gipsverbande abmagern, so kann der Rippenbuckel in dem entstehenden Hohlraume größer, auf keinen Fall jedoch noch reduzirt werden. Um aber ein Kleinerwerden des Rippenbuckels im Gipsverbande zu erzielen, lasse ich während der ganzen Dauer des Gipsverbandes einen steten Druck auf den Buckel mittels einer verschiebbaren Pelotte wirken. Ich gehe also noch einen Schritt weiter als Wullstein, der Pelotten mit eingipst, die ein unveränderlicher Bestandtheil des Gipsverbandes bleiben, während meine Pelotten sich durch den starren Gipsverband hindurch dem Buckel immer energischer aufschrauben lassen und dadurch eine stetige Redression des Buckels im Gipsverbande ermöglichen.

Diese Pelotten, die in der mechanischen Werkstatt meiner Anstalt angefertigt und patentamtlich geschützt sind, bestehen aus zwei Theilen. Die eine Platte liegt dem Buckel, die zweite Platte liegt der Innenseite des Gipsverbandes fest an. Beide Platten sind verbunden durch eine Schraube, deren äußeres Ende aus dem Gipsverbande herausragt. Dreht man mit einem Schlüssel die gut eingefettete Schraube an, so schneidet sie sich in dem Gipse ein passendes Gewinde, in dem man sie weiterschrauben kann. Durch fortgesetztes Zuschrauben wird die dem Gipsverbande anliegende Platte fest gegen den Gips gepresst und kann nicht ausweichen, während die dem Körper anliegende Platte durch das Schrauben gegen den Buckel bewegt wird.

Durch diese beiden Mittel:

1) Permanente, sich steigernde Extension der Wirbelsäule während des Gipsverbandes,

2) allmähliche stetige Redression des Buckels durch den Gipsverband hindurch,

glaube ich die Behandlung schwerer Skoliosen um einen weiteren Schritt gefördert zu haben.

II.

Eine neue Art der Nahtführung zur sicheren Wiedervereinigung der Recti bei medianen Bauchnarbenbrüchen.[1]

Von

Dr. A. **Hammesfahr** in Bonn.

Giebt die Narbe, die nach Laparotomien an die Stelle der Linea alba getreten ist, nach, so halten die Recti der Doppelwirkung der Bauchpresse nicht Stand und verändern in Folge dessen ihre Lage. Diese Doppelwirkung besteht und äußert sich erstens darin, dass der Bauchinhalt bei der Aktion der Bauchpresse gegen die Recti anprallt und — da die lateralen Rectusränder durch die Aponeurose der breiten Bauchmuskeln fixirt werden — die medialen Ränder nach vorn treibt, so dass sich also die Recti wie die Flügel einer Flügelthür nach vorn öffnen. Da nun ferner die Gesammtzugrichtung der seitlichen Bauchmuskeln auf der einen Seite von der Mittellinie nach rechts, auf der anderen Seite von der Mittellinie nach links geht, so zerren bei der Bauchpressenthätigkeit die Kontraktionen der seitlichen Bauchmuskeln die Mittellinie aus einander: mithin werden dabei auch die Recti, die ja in den Fascienblättern der seitlichen Bauchmuskeln liegen, aus einander gezogen. Um die Bruchpforte medianer Bauchnarbenbrüche sicher zu schließen, müssen also die Recti in der Mittellinie wieder so vereinigt werden, dass sie der Doppelwirkung des intraabdominellen Druckes Stand halten können. Dazu möchte ich das in der folgenden Krankengeschichte beschriebene Nahtverfahren empfehlen.

Frau H. wurde im Jahre 1894 wegen eines Ileus laparotomirt. Sehr bald nach dieser Operation entwickelte sich ein medianer Bauchnarbenbruch, der 8mal operirt wurde und immer wieder recidivirte. Als die Frau im September 1900 zu mir kam, war der Bruch fast mannskopfgroß. Er reichte links bis an die Leistenbeuge, rechts darüber hinaus. Der Rand der Bruchpforte lag oben 3 Querfinger breit unterhalb des Brustbeinfortsatzes, unten 2 Querfinger breit oberhalb der Symphyse, rechts und links handbreit neben der Mittellinie. Er war oben und unten als scharfer Fascienrand durchzufühlen, während die Bruchpforte rechts und links von den medialen Rändern der Recti begrenzt wurde. Ganz besonders deutlich zeigte sich, dass die Recti nicht nur nach beiden Seiten auseinander gewichen waren, sondern dass sie sich — wie die Flügel einer Flügelthür — so nach

---

[1] Aus einem Vortrage in der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, Sitzung am 21. Januar 1901.

vorn geöffnet hatten, resp. durch die Wirkung der Bauchpresse so geöffnet worden waren, dass die medialen Ränder nach vorn standen. (Fig. 1 soll diese Stellung der Recti andeuten.) Die Operation verlief — ich führe nur das Wesentliche an — folgendermaßen: Die Recti wurden in ihrer ganzen Länge und Breite ohne Beschädigung ihrer Scheide zuerst an ihrer Vorderseite, dann auch durch Abdrängung des parietalen Peritoneums an ihrer Innenfläche freigelegt. Das ließ sich ohne Eröffnung der Peritonealhöhle erreichen. Nun wurde eine halbstumpfe Nadel mit starkem Drahte am lateralen Rande des linken Rectus — noch im Bereiche der Aponeurose der breiten Bauchmuskulatur — eingestochen, hinter dem Rectus hergeführt und an der Grenze zwischen mittlerem und innerem Drittel ausgestochen, dann umgekehrt auf der anderen Seite an der Grenze zwischen innerem und mittlerem Drittel ein —, unter dem Rectus her- und am lateralen Rande wieder herausgeführt (siehe Fig. 1). Die jedes Mal unter den betreffenden Muskel geführte linke Hand gab der an der Rectusinnenfläche gleitenden Nadel die Führung. Eine Reihe derartiger Nähte wurde vom Schwertfortsatze bis zur Symphyse in Abständen von 3—4 cm angelegt. Zog man nun die Fäden zusammen, so erreichte man mit Leichtigkeit, dass sich die medialen Rectusränder nicht nur fest an einander legten,

Fig. 1.

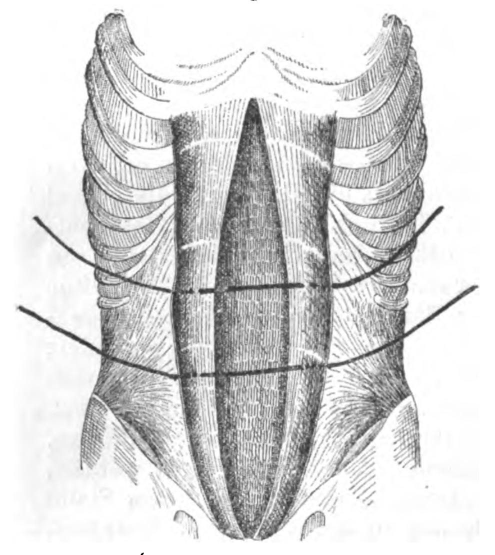
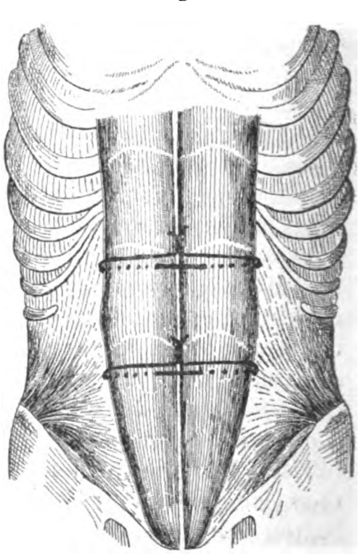


Fig. 2.



sondern sich sogar nach der Peritonealhöhle hin drehten, ähnlich wie sich die Darmwundränder bei der Lembert'schen Naht gegen das Darmlumen wenden. Die Recti wurden also durch die Nähte, die ich Drahtriegel nennen möchte, so festgehalten, dass sie sich weder nach vorn öffnen, noch seitlich aus einander weichen konnten, dass sie also der Doppelwirkung der Bauchpresse Stand zu halten vermochten (siehe Fig. 2). Nur ein Reißen der Riegel oder ein Einschneiden könnte ihre Wirksamkeit verringern; Beides ist aber bei der Stärke des Drahtes, von dem die laterale Rectuspartie mit der Scheide als Ganzes umfasst wird, ausgeschlossen. Die Entstehung einer Atrophie der geraden Bauchmuskeln braucht man auch nicht zu fürchten, da die Naht die Muskelsubstanz nirgendwo fest umschnürt. Die Beweglichkeit und Kontraktionsmöglichkeit der Recti ist bei der Elasticität der Riegel kaum beeinträchtigt. Übrigens genügen — wie ich mich beim Zuziehen der Fäden überzeugen konnte — einige wenige Riegel, um die beabsichtigte Wirkung zu erzielen, und man kann daher für die Nähte größere Abstände nehmen, als ich sie der Sicherheit halber wählte. — Den Gebrauch halb-

stumpfer Nadeln möchte ich besonders empfehlen, da Blutungen und Darmverletzungen, so wie eine Beschädigung der unter dem Rectus liegenden Hand des Operateurs sicher vermieden werden.

Die Heilung in meinem Falle verlief ohne irgend welche Störungen, die Riegel heilten glatt ein, und ich darf das Resultat wohl ausgezeichnet nennen.

Natürlich ist die Naht nicht nur bei Bauchnarbenbrüchen, sondern auch zur Heilung aller medianen Bauchbrüche mit stärkerer Rectusdiastase anwendbar. Die völlige Freilegung der Recti ohne Verletzung ihrer Scheide macht keine Schwierigkeiten; die Innenfläche der Recti ist natürlich am einfachsten durch Eröffnung des Peritoneums zugänglich zu machen, jedoch auch extraperitoneal leicht so weit freizulegen, dass man mit der linken Hand den Bauchinhalt beim Nähen abdrängen kann.

---

1) **W. Roth's** Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militärsanitätswesens XXV. Jahrgang, Bericht für das Jahr 1899.

Berlin, **Mittler & Sohn,** 1900.

Wie bereits der vorjährige, so enthält auch dieser Jahresbericht zusammenhängend Besprechungen der medicinischen Litteratur des Jahres 1899 über den spanisch-amerikanischen, so wie über den südafrikanischen Krieg. Allmählich wird so ein vollständiges Bild gewonnen nicht nur über die kriegschirurgischen Erfahrungen hinsichtlich der Verwundungen durch kleinkalibrige Handfeuerwaffen, sondern auch über die hygienischen und medicinischen Kriegsverhältnisse. Auch sonst enthält der Bericht gar Mancherlei, was auch außerhalb der zunächst interessirten Kreise Berücksichtigung verdient.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

2) **R. Köhler.** Die modernen Kriegswaffen. Ihre Entwicklung und ihr gegenwärtiger Stand, ihre Wirkung auf das todte und lebende Ziel. Ein Lehrbuch der allgemeinen Kriegschirurgie. Theil II, enthaltend die Wirkung der kleinkalibrigen Gewehre auf den lebenden Menschen.

Berlin, 1900. XX und 739 S., 52 Figg.

Der hier vorliegende, weit umfangreichere Theil beendet das Werk über allgemeine Kriegschirurgie, dessen 1. Lieferung Ref. vor 3 Jahren ausführlich besprochen hat. Auch er beschäftigt sich zunächst noch mit auf Versuchsresultaten sich aufbauenden theoretischen Betrachtungen über die Veränderungen der Geschosse im Laufe, in der Luft und im Ziele und im 8. Kapitel mit den Wirkungen der Geschosse auf nicht animale Ziele. Um sich und dem Leser diese möglichst klar zu machen, denkt Verf. sich das Ziel ideell in eine große Menge hinter wie über einander gelegter dünnster Scheiben zerlegt und eine jede dieser wieder aus einer Anzahl

immer größerer Ringe zusammengesetzt, beide das eine Mal aus mehr elastischer, das andere Mal aus mehr weicher oder harter oder spröder Masse gebildet, und studirt nun, wie auf solches Ziel ein Geschoss von wechselndem Umfange, wechselnder Gestalt, Härte, Geschwindigkeit, Schwere einwirkt, was dabei aus den direkt getroffenen, was aus den ihnen mehr oder weniger nahe anliegenden Theilen des Zieles wird. Nach Verf. wirkt das Geschoss als Keil, ruft im Ziele Zusammenhangstrennungen hervor, zum Theil durch Auseinanderzerren, zum Theil durch stoßweise, eine Wellenbewegung in den festen Theilen erzeugende Kompression der Moleküle. Die Wellen, in gleicher Intensität Ziel und Geschoss durchlaufend, rufen in jenem wie in diesem charakteristische Veränderungen hervor, auf deren Studium im Einzelnen nun Verf. viel Scharfsinn verwendet. Stets will der bewegte Keil den Theilen der ruhenden Masse, die er trifft, dieselbe Geschwindigkeit mittheilen, welche seine eigenen Theilchen besitzen. Gelingt ihm dies nicht, so tritt Zerstörung des Zieles bezw. auch des Keiles — des Geschosses — ein. Die Ursache, wesshalb im Einzelfalle die Geschwindigkeit des Geschosses nicht auf das Ziel übertragen wird, kann in der örtlichen Unmöglichkeit des Ausweichens liegen — Raumbeengung — oder darin, dass den getroffenen kleinsten Theilen das zu ihrer Verschiebung an einander erforderliche Mindestmaß an Zeit nicht gegeben wird — Zeitbeengung. Letzteres Moment tritt um so deutlicher in die Erscheinung, je schneller die molekularen Geschossstöße sich folgen, d. h. je schneller der Geschossflug ist. Ist das getroffene Ziel eine Flüssigkeit — deren Widerstand auch, wie der jedes Zieles, mit der Geschwindigkeit der auf sie eindringenden Energie wächst — und kann wegen des Verharrungsvermögens des Wassers die Geschossgeschwindigkeit nicht unmittelbar auf die direkt getroffenen Wassertheilchen übertragen werden, so pflanzt sich in ihr der Stoß allseitig, am stärksten aber in der Richtung des Geschossfluges, fort; wir haben die sogenannte hydrodynamische Wirkung (früher als hydraulische Wirkung bezeichnet; Ref.).

Diese theoretischen Ergebnisse der Versuche gegen nicht animale Ziele werden nun in den Kapiteln über die Wirkungen der Geschosse auf das todte animale Ziel und den lebenden Menschen wieder und wieder geprüft; die stete Wiederholung derselben Gedankenarbeit durch den Autor, die man viel lieber selbst vornehmen möchte, erleichtert das Durchstudiren des Buches nicht, ermüdet vielmehr den Leser, namentlich da auch noch so Manches von den reichen Lesefrüchten des Verf. in den Text eingeflochten wird, was eigentlich nicht in das Buch hineingehört. Nachdem in der weiteren Folge Verf. zunächst den Werth der Schießversuche auf Leichen und verschiedene Arten lebender Thiere für die Beurtheilung von Schussverletzungen lebender Menschen mit Recht einer scharfen Kritik unterworfen hat, beginnt er in eigenartiger Reihenfolge zunächst mit den von den Nerven abhängigen Zeichen der Schuss-

verletzungen — was ihm Gelegenheit giebt, sich über das Wesen der kataleptischen Todtenstarre auszusprechen —, fährt fort mit den Blutungen auf dem Schlachtfelde und geht dann erst über zu den Arten der Schussverletzungen im Allgemeinen. Bei den Schussverletzungen der Haut wendet er dem Decollement traumatique seine ganz besondere Aufmerksamkeit zu, welcher Bezeichnung er auf Grund seiner früheren Arbeit einen weit größeren Inhalt giebt, als dies im Allgemeinen geschieht; er bezeichnet als Decollement eine große Zahl von Erscheinungen, die man gewöhnlich Kontusionen nennt.

Bei den Knochenschüssen unterwirft Verf. die verschiedenen »Sprungsysteme« — Radial- und Cirkulärsprünge, Biegungs-, Dehnungs-, Drehungssprünge — einer genauen Sichtung und betrachtet die Art ihres Zustandekommens von den verschiedensten Seiten, wie sie bedingt werden durch die Gestalt und Belastung des Knochens einerseits, Auftreffsort und Richtung, Geschwindigkeit, Größe, Gestalt des Geschosses andererseits. Er findet dabei zwischen den Schädel- und Diaphysenschüssen in der Art der Zerstörung in den principiellen Grundsätzen eine überraschende Übereinstimmung, wenn auch das Bild der Zerstörung des Schädels komplicirter erscheint. Im Ganzen kommt er zu dem Schlusse, dass das moderne Geschoss weniger schwere Knochenverletzungen veranlasst, als das frühere, eben so wie er den modernen Gelenkschüssen — Nahschüsse ausgenommen — einen noch viel günstigeren Verlauf prophezeit, als sie neuerdings schon genommen haben.

Nachdem weiterhin die Gefäß- und Nervenverletzungen noch ein zweites Mal besprochen sind unter reicher Einmischung theoretischer Betrachtungen, erfahren der Wundverlauf im Allgemeinen und die Wundkrankheiten gegenüber der breiten Behandlung der früheren Kapitel eine mehr skizzenhafte Besprechung.

Bei der Behandlung der Schusswunden wird K. von der Überzeugung geleitet, dass das Geschoss an sich als steril zu betrachten, eine Infektion der Wunde durch mitgerissene Kleidungsstücke zwar möglich ist, aber nur in einer verschwindend kleinen Zahl von Fällen auftritt, dass endlich dadurch, dass das Geschoss die Haut durchsetzt, die Schusswunde nur in Ausnahmefällen inficirt wird. Liegen auf und in der die Wunde umgebenden Haut schädliche Bakterien, so sollen dieselben auf dem Verbandplatze nicht mobil gemacht werden dadurch, dass man Wunde und Umgebung mit Flüssigkeiten zu reinigen sucht; die beste Behandlung für die frischen Schusswunden ist daher ein stark aufsaugender, austrocknender Verband, der nicht antiseptisch, nur steril zu sein braucht. K. verzichtet also bei dem ersten Verbande ganz auf die Säuberung der Wunde und ihrer Umgebung und bedeckt jene mit einem von ihm erfundenen, fertigen Einzelverbande, dessen wesentlicher, aufsaugender Theil aus einem dicken Polster Zellstofffaser zwischen zwei Schichten Jodoformgaze besteht, der durch einen Ring von Heftpflaster fixirt wird. Das Ganze aber ist von einem größeren Stück Shirting be-

deckt, das beim Auflegen des Verbandes allein mit den Fingern und Instrumenten des Helfers in Berührung kommt und entfernt wird, sobald das Pflaster klebt. Wo möglich soll dieser Verband schon auf dem Gefechtsfelde angelegt werden, der Hilfsverbandplatz ganz fortfallen, wenigstens der leichter Verwundete schon mit seinem Verbande versehen auf dem Hauptverbandplatze eintreffen. Da die Wunden in solchen Fällen nur ausnahmsweise von einem Arzte gesehen sind, dürfte der Werth der mitgegebenen Diagnosetäfelchen ein recht zweifelhafter sein.

Aus dem das Buch schließenden Studium der Verlustziffern, das deren Herabsetzung durch die Einführung der modernen kleinkalibrigen Gewehre beweist, kommt Verf. zu dem Schlusse, dieselben seien eigentlich zu human; schon das 8 mm-Gewehr stehe hart an der Grenze, von welcher ab es seinen Zweck, den Gegner durch einen einzigen Schuss kampfunfähig zu machen, nicht mehr in ausreichender Weise erfülle. Es sei der Armee kein Vorwurf daraus zu machen, die das Vollmantelgeschoss verwundungsfähiger zu gestalten trachte. Diese Frage gehört meines Erachtens allein vor das Forum des Militärs, der die Wunden schlägt, ist nicht Sache des Arztes, der die Humanität nach jeder Richtung hin vertreten soll.

Das K.'sche Werk im Ganzen ist eine höchst fleißige und gelehrte, auf durchaus moderner wissenschaftlicher Grundlage aufgebaute Arbeit, aus der man sehr viel lernen kann. Aber es kostet Mühe, sich durch das ganze Buch durchzuarbeiten, weil es gar so viel mit gelehrtem Apparat und mit Lesefrüchten belastet ist, die man missen kann, und wegen seiner zu reichen Durchsetzung mit theoretischen Spekulationen.

Die buchhändlerische Ausstattung ist tadellos.

Richter (Breslau).

3) **Toubert.** Précis de chirurgie d'armée.

Paris, 1900. 527 S., 234 Abbildungen.

Das Buch — ein Band aus Testut's Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine — ist wesentlich als Lehrbuch für Studenten geschrieben. Es beruht vor Allem auf den großen französischen Kriegschirurgien von Delorme und von Chauvel und Nimier, behandelt nur ganz kurz die theoretische Seite der Geschosswirkung im Allgemeinen und geht dann gleich über zu den Schussverletzungen der Gliedmaßen, denen sich die des Kopfes und Rumpfes anreihen. Da die Erfahrungen über Kriegsverwundungen mit den modernen Kleingewehrgeschossen bei der Abfassung des Buches noch gering und wenig gesichtet waren, beziehen sich die meisten Angaben über Geschosswirkung und Therapie noch auf die Verletzungen durch nicht gepanzerte Geschosse mit ihren größeren Hautwunden. Auch legt Verf. in Folge davon ein bedeutendes Gewicht auf die in den Schusskanal hineingerissenen, von ihm — wie die Geschosse selbst — als meist infektiös angesehenen Kleiderfetzen und verlangt er auf

Grund dessen in nicht wenig Fällen die primäre Untersuchung der Wunde mit dem Finger, event. nach der operativen Erweiterung auch das Einlegen eines Drains, kurzum, er huldigt im Allgemeinen einem etwas eingreifenderen Verfahren, als es bei uns die Regel ist.

Die zum Theil mehrfarbigen Abbildungen sind sehr klein, aber scharf und genau gezeichnet, der Druck ist klar, das Format des Buches so, dass man es bequem bei sich führen kann.

Richter (Breslau).

---

4) **C. Cranz** und **K. R. Koch.** Über die explosionsartige Wirkung moderner Infanteriegeschosse.

(Annalen der Physik. N. F. Bd. III. Hft. 2.)

Verff. beschossen mit Mausergeschossen von 6 mm Durchmesser und 800 m Anfangsgeschwindigkeit auf kurze Entfernung zunächst wassergefüllte 15 cm lange Blechcylinder von $12^1/_2$ cm Durchmesser, die auf der einen (der Einschuss-) Grundfläche mit Pergamentpapier, auf der anderen mit Gummihaut verschlossen und aufgehängt waren. Die photographische Aufnahme der Geschosswirkung erfolgte — nach der Mach'schen Methode — einmal in dem Momente, wenn das Geschoss eben in das Gefäß eingedrungen, ein anderes Mal, wenn es der Ausschussmembran näher gekommen oder wieder gerade bei ihr angelangt war, sie eben oder wieder schon eine kurze Zeit verlassen hatte. Unter diesen Verhältnissen ergab sich, dass das Wasser, noch während sich das Geschoss innerhalb des Gefäßes befindet, mit Gewalt aus der Einschussöffnung nach dem Gewehr zu heraustritt, die Ausschussmembran dagegen noch keinerlei Deformation zeigt, wenn das Geschoss an ihr angelangt ist, diese Ausbiegung erst nach ihrem Durchschießen beginnt, und zwar von der Durchtrittsstelle aus. Dann erst, wenn also das Geschoss schon außerhalb des Gefäßes weiterfliegt, beginnt auch die Metallhülle des letzteren, und zwar an ihrer schwächsten Stelle, der Löthfuge, zu bersten. Es beginnt unter den gegebenen Verhältnissen die eigentliche Explosion der Wassermasse demnach erst, wenn das Geschoss wieder in freier Luft fliegt.

Dagegen traten wesentlich andere Umstände zu Tage, wenn es sich um andere Dimensionen des Wassergefäßes oder um andere Anfangsgeschwindigkeiten des Geschosses handelte, solches mit geringerer als Schallgeschwindigkeit eindrang, wie das bei den früheren Kleingewehrgeschossen fast immer der Fall war. Wählten Verff. z. B. als Ziel ein 1 m langes Eisenrohr von 13,8 cm äußerem Durchmesser, mit einem zum Theil verschließbaren Längsschlitz versehen und auch, wie das erste Gefäß, mit Pergamentpapier bezw. Gummi verschlossen, und beschossen es mit demselben Mausergewehre, so wurden auch hier besonders am Einschusse, aber auch aus den Öffnungen des Längsschlitzes die Wassermassen mit großer Geschwindigkeit ausgetrieben. Das Geschoss aber durchdrang das Wasser offenbar nicht auf der ganzen Länge des Rohres, sondern verlor seine

Geschwindigkeit schon vor der Ausschussmembran und wurde dann, stark gestaucht und zerrissen, von dem aus der Ausschusswand austretenden Wasserstrahl mit herausgeschwemmt. Hierbei riss die Gummimembran, wenn sie sehr straff über das Rohrende ausgespannt worden war, entlang der Rohrwandung auf: es bildete sich ein großes kreisförmiges Loch; war sie einseitig gespannt worden, so ergab sich ein Längsschlitz; war sie ohne Spannung aufgezogen worden, so zeigte sich ein kleines rundes Loch. Und ähnliche Verhältnisse traten auf, wenn man kleinere Geschossenergie — wie Flaubertpistole — anwendete. Sonach traf hier zunächst nicht das Geschoss, sondern eine Wassermasse die Ausschussmembran und buchtete sie vor, riss sie auch von ihrer Umgebung ab; dann erst durchbohrte sie das Geschoss. Mit Mauser von 800 m Geschwindigkeit beschossene Kugeln aus feuchtem, plastischem Thon ergaben an Ein- und Ausschuss die beiden typischen Streukegel; die eigentliche Explosion erfolgte auch hier erst, nachdem das Geschoss weit über das Ziel hinausgeflogen war.

Verff. verwerfen die Erklärung solcher explosiver Geschosswirkung, als sei sie bedingt durch eine von dem Stoß des Projektils in der Flüssigkeit hervorgerufene und durch deren Elasticität sich allseitig fortpflanzende longitudinale Schallwelle, nehmen vielmehr an, dass die Explosionswirkung der Hauptsache nach auf einer derartigen Übertragung der Bewegungsenergie des Geschosses auf den durchschossenen Körper besteht, dass dieser Körper selbst translatorisch fortbewegt wird, je nach den Umständen mehr oder weniger in Theile getrennt. Das Geschoss giebt nach ihnen einen Theil seiner kinetischen Energie den nächstliegenden Theilen des Körpers ab, diese einen Theil ihren Nachbarn etc., ähnlich wie es beim Zerreißen des Körpers durch eine Sprengladung der Fall ist. **Richter** (Breslau).

---

5) **H. Nimier** und **B. Laval.** De l'infection en chirurgie d'armée, évolution des blessures de guerre.

Paris, **Félix Alcan,** 1900. 398. S.

In den ersten Kapiteln des Buches wird eine Übersicht über das Zustandekommen der Wundinfektion gegeben und dabei ein sehr hohes Gewicht auf die vom Geschosse in den Wundkanal mitgeschleppten, an Fetzen der Kleiderstoffe und der Oberflächengewebe haftenden pathogenen Keime gelegt. Wäre diese Anschauung richtig, so müsste der größte Theil aller Wunden von vorn herein als durch Implantation inficirt angesehen werden, was doch mit der in den neuesten Kriegen gemachten Erfahrung über die aseptische Heilung zahlreicher Schusswunden kaum vereinbar wäre. Im Gegentheil ist wohl die spätere Verunreinigung der Wunden durch Kontakt in den weitaus zahlreichsten Fällen die Veranlassung für das Ausbleiben des aseptischen Verlaufes. Diese Kontaktinfektion kann aber zu Stande kommen nicht allein durch Vermittlung von Fingern der Ärzte

und ihrer Handlanger, sondern auch durch die Finger der Verwundeten selbst, durch unreine Verbandstoffe, endlich dadurch, dass die aus der Wunde sickernden Wundflüssigkeiten von Kleidern und Haut aus mit Keimen beladen werden. Wenn Verff. selbst angeben, dass in heißen, trockenen Klimaten die Wundheilung leichter aseptisch erhalten bleibt, so ist das sicherlich der raschen Eintrocknung der Wundflüssigkeiten zum trockenen Blutschorf zuzuschreiben. Die gleichfalls gemachte gegentheilige Beobachtung über die zu anderen Zeiten und an anderen Orten wieder stattgefundene häufige Eiterung von Wunden in südlichen Gegenden wird eben so unschwer dahin zu erklären sein, dass es sich um regnerische Zeiten mit hohen Temperaturgraden gehandelt habe, welche der Eintrocknung ungünstig, der Mikrobenwucherung dagegen günstig waren. Diese Austrocknung nun anzustreben und der Kontaktinfektion vorzubeugen, eröffnet sich ein viel fruchtbareres Feld für die Kriegschirurgie, als die Annahme der schon durch die Kugel bewirkten Wundinfektion. Es scheint uns diese Annahme geradezu ein Rückschritt zu den Anschauungen der alten Chirurgen zu sein, welche alle Schusswunden als vergiftet ansahen; müssten doch auch wir uns, wenn wir ihr Heerfolge leisten wollten, wie sie emsig bestreben, zunächst alle Wunden zu desinficiren. Im Gegensatze dazu drängen alle modernen Bestrebungen dahin, möglichst bald die antiseptische Wundocclusion zu erreichen, to be let alone, wie Lister sagt. Gilt doch noch heute in gewissem Sinne der Ausspruch Volkmann's: der erste Verband entscheidet das Geschick des Verwundeten. Und selbst die Umänderung dieses geflügelten Wortes durch Mabart, welcher dem ersten Transporte den entscheidenden Einfluss einräumt, hat ja nur dasselbe Ziel im Auge; den Verwundeten möglichst bald und möglichst gut dem ersten Deckverbande entgegenzuführen. Dass auch Verff. diesen Zweck im Auge haben, geht aus einzelnen Äußerungen zweifellos hervor, wenn sie auch in diesem Buche — oder richtiger Theile ihres größer angelegten kriegschirurgischen Lehrbuches — noch nicht die Therapie der Kriegsverwundungen behandeln.

Mit Recht wird weiter hervorgehoben, dass die eingedrungenen Keime in den theils zertrümmerten, theils in ihrer Vitalität herabgesetzten Geweben trefflichen Nährboden finden, und zwar um so mehr, als einzelne dieser Gewebe an sich schon leicht inficirbar sind: das Unterhaut- und Zwischenmuskelgewebe, die Sehnenscheiden und Gelenkauskleidungen, die serösen Häute und das Knochenmark. Auch spielt sicherlich der Kräftezustand des Verwundeten und seine Gemüthsverfassung eine erhebliche Rolle; wie denn bekanntlich unter den verwundet in die Hände der Sieger gefallenen Kriegern der besiegten Armee eine höhere Sterblichkeit zu herrschen pflegt. Allerdings werden gerade die Schwerverwundeten vom Besiegten auf dem Schlachtfelde zurückgelassen.

Trefflich gearbeitet sind die beiden Kapitel, welche Verff. dem Wundverlaufe in nicht inficirten und in inficirten Wunden

gewidmet haben, und sind sie bestrebt gewesen, die anatomisch-physiologischen Verhältnisse dabei nach den neuesten Anschauungen zu schildern. Namentlich ist den gröberen und feineren Vorgängen an den Gefäßen und Nerven eingehende Besprechung zu Theil geworden. Es scheint uns von Bedeutung, dass gerade in einem vorwiegend für den Anfänger bestimmten Lehrbuche, wie das vorliegende, die oft höchst stiefmütterlich behandelten nervösen Störungen, so wie die Kreislaufverhältnisse in höherem Maße Berücksichtigung finden.

In dem Abschnitte, welcher den Titel trägt: »des Pyohémies« werden unter dieser Signatur zusammengefasst alle die Zustände, welche wir »als Folge der Infektion des Organismus durch pyogene Mikroben« ansehen, während als Septhämien aufgefasst werden die »durch den Vibrion septique und einige andere Mikroben veranlassten Zufälle. Statt des Namens der Pyämie werde man später die speciellen Bezeichnungen einführen: Streptococcie, Staphylococcie, Pneumococcie, Coli-Bacillose«; vorläufig aber sei man noch nicht so weit, diese Unterscheidung durchführen zu können. Ref. ist ketzerisch genug, zu glauben, dass eine solche Unterscheidung wohl überhaupt nie möglich sein dürfte, schon weil es sich doch wohl meist bei derartigen Erkrankungen um Mischinfektionen handeln dürfte. Auch würde es praktisch gewiss besser sein, der Gepflogenheit der deutschen Autoren zu folgen, als Pyämie nur die metastatische Form zu bezeichnen, alle Formen der Allgemeininfektion aber unter der Bezeichnung Septhämie zusammenzufassen, natürlich auch die »Pyohémie avec toxémie«, welcher Verff. die »Pyohémie avec abscès métastatique« gegenüberstellen.

Die Ansicht Sédillot's, dass die metastatische Pyämie meist einen glücklichen Ausgang nehme, halten Verff. für zu optimistisch. Es dürfte für den Verlauf von ausschlaggebender Wichtigkeit sein, ob sich im Einzelfalle die metastatischen Abscesse gar zu zahlreich in inneren Organen bilden und in wie weit sie dabei einer chirurgischen Behandlung zugängig sind.

Bei der Streptokokkenpyämie sollen neben ausgesprochenen toxämischen Erscheinungen die Eiterungen der serösen Häute und Erysipel vorherrschen. Die Staphylokokkeninfektion setzt weniger plötzlich, nicht mit so starker Fiebersteigerung ein. Die Streptokokken-Osteomyelitis tritt als medulläre Eiterung nach Gelenkschwellungen auf, während die Staphylokokken-Osteomyelitis diese entbehrt und mit Nekrose einhergeht. Außer den beiden Hauptformen nehmen Verff. noch eine Pyohémie mixte an, welche mithin der bei uns als Septico-Pyämie beschriebenen Mischform entspricht.

Was nun die Septhämie betrifft, so wird diese mit dem akut-purulenten Ödem Pirogoff's identificirt und deckt sich mit der septischen Phlegmone der deutschen Autoren; ihr Erreger par excellence soll Pasteur's Vibrion septique sein. Doch werden auch andere Mikroben zugelassen; nach Fränkel milzbrandähnliche Ba-

cillen, nach Chiari das Bacterium coli, nach Welitz und Ruttal der Bac. aërogenes capsulatus, nach San Felice der Bac. pseudo-oedematis malignus, nach Weinberg der Bac. incapsulatus oder aureolatus. Der Vibrion septique ist anaërob, daher entwickelt er sich im Innern abgestorbener Gewebe unter Unterstützung von »Mikrobes favorisants«, welche sich gemeinsam mit ihm überall in der Erde finden. Diese Hilfsmikroben sind besonders empfindlich gegen Antiseptica, und die jetzt in den Hospitälern vorhandene Seltenheit der Septhämie ist der Einwirkung der Antiseptica auf diese Hilfsmikroben zuzuschreiben. Die Hauptfeinde des Vibrion septique aber selbst sind die Phagocyten, deren Auswanderung wieder durch die vom Vibrion gebildeten Toxine gehindert wird. In der Beschreibung der klinischen und anatomischen Verhältnisse wird hauptsächlich Calléron citirt.

Beim Tetanus wird zwischen einem traumatischen und einem solchen »a frigore« unterschieden, letzterer mit besserer Prognose und nicht vom Tetanusbacillus Nicolaier, sondern vom Pneumococcus erregt. Neben dem eigentlichen Tetanus (Tétanos droit) wird noch ein Tétanos céphalique und ein Tétanos splanchnique unterschieden.

Den Reigen der Infektionskrankheiten beschließt dann die Pourriture [d'hôpital, unser] Hospitalbrand, welchen Verff. mit dem Ulcère phagédénique des pays chauds identificiren wollen eben so wie Vincent, welcher sie unter den aus Madagaskar zurückkehrenden Kabylen in Algier zu beobachten Gelegenheit hatte. Als Erreger wird der Bacillus Vincent angesehen, welcher zuweilen auch Formen zeigt, wie sie angetroffen werden »dans certaines angines diphthéroides«. Charakteristisch für ihr Auftreten ist »un processus nécrogène et hémorrhagique« und »Exsudat diphthéroide«. In der Beschreibung der Symptomatologie wird auch hier der Schilderung Calléron's aus dem Krimkriege gefolgt. Das Schlusskapitel bespricht den Einfluss des Verweilens fremder Körper in den Geweben, und zwar zunächst die Art der Einkapselung nicht infektiöser Fremdkörper. In der Frage, wie eine Späteiterung von solchen lange Zeit hindurch eingekapselt liegenden Körpern ausgehen kann, nehmen Verff. Partei für die Anschauung, dass es sich dabei wohl stets um ein Wiedererwachen schlummernder alter Keime durch ein meist unbedeutendes Trauma handele, nicht aber um eine Reinfektion. Endlich wird noch der Möglichkeit der Bleivergiftung von liegen gebliebenen Bleigeschossen gedacht und Beispiele angeführt.

Wenn wir auch nicht überall den vorgetragenen Ansichten der Verff. beizutreten vermochten, so sind wir ihren Ausführungen und oft reizvollen Schilderungen dennoch mit hohem Interesse gefolgt und sehen der Fortsetzung des kriegschirurgischen Werkes, von welchem hier nur ein Theil und zwar der vierte, vorliegt, mit Spannung entgegen, um so mehr, als nunmehr wohl der therapeutische Theil zu erwarten steht.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

6) F. Schaefer. Die Lanze. Eine geschichtliche und kriegschirurgische Studie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Verf. führt uns in seiner Studie über die Geschichte der Lanze durch viele Jahrhunderte hindurch vom Riesen Goliath und den homerischen Helden bis in die Neuzeit. Trotz des reichlichen Gebrauches dieser Waffe und trotz der Rolle, die sie in den Kriegen früherer Zeiten gespielt hat, hatte Verf. recht viele Mühe, für den Kriegschirurgen wichtigere Details, besonders solche statistischer Art zu finden. Indessen geht doch so viel aus dem hervor, was Verf. mit emsigem Fleiß zusammengestellt hat, dass die Lanzenverletzungen in den früheren Feldzügen meistens leichter Natur waren, resp. dass auch an sich schwere Verletzungen zu gutem Heilresultate führten. Der Bau der Lanzen bedingt so. z. B., dass bei Bauchverletzungen Eingeweide leicht zur Seite geschoben werden, und so die Gefahr des Kothaustrittes eine verminderte ist, eben so wie die einer größeren Gefäßverletzung. Verf. nennt desshalb die Lanze eine humane Waffe und glaubt, wenn sie aus militärischen Gründen beibehalten werden müsse, dass man sie dann durch eine zweckentsprechende Form ihrer Spitze zu einem gefährlicheren Instrumente machen könne.

E. Siegel (Frankfurt a/M).

---

7) Matthiolius. Sanitätsbericht über die Thätigkeit der Expeditionen der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuze im Boerenkriege 1899/1900.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1900. p. 593.)

Wie aus den Tagesblättern Jedermann bekannt sein dürfte, hatten die Boeren die ihnen von den Gesellschaften vom Rothen Kreuze aller Länder angebotene Unterstützung durch Abordnung von Expeditionen angenommen, während die Engländer sie im Vertrauen auf ihre eigenen Kriegsanitätsanstalten ablehnten. Ein Bericht über die Thätigkeit der 3 deutschen Expeditionen dieser Art durch den mit ihrer Oberleitung betrauten Marine-Stabsarzt Dr. M. liegt uns hier vor. In diesem Berichte sind diejenigen Beobachtungen verwerthet, welche in 8 etablirten Lazaretten, 4 Polikliniken, auf Verwundeten-Transportzügen und beim Dienste als Feldambulanzen gemacht worden sind, und sie erstrecken sich über 1358 Kranke im Ganzen, von denen 707 im Lazarette, 651 poliklinisch (»im Revier«) behandelt wurden. Und zwar waren darunter 445 Verwundete im Lazarette, nur 42 poliklinisch, wogegen umgekehrt von Kranken nur 262 im Lazarette Aufnahme fanden, 609 dagegen ambulatorisch behandelt werden konnten. Wenn auch damit den Lazaretten der ganzen Ausrüstung der Expedition entsprechend vorwiegend chirurgische Aufgaben gestellt waren, so ist doch die Gesammtzahl der behandelten Verwundeten, 487, nur beschränkt, immerhin aber doch erheblich genug, um mancherlei Schlüsse zu gestatten. Überhaupt

ist die Zahl der Verwundungen auf der Seite der Boeren Dank ihrer vortrefflichen Benutzung sich darbietender Deckungen und ihrer Gefechtsart in weit zerstreuten Linien nur mäßig, und man erstaunt über die geringen Verluste, welche sie auch in den größeren Gefechten erlitten haben, gemäß den Zusammenstellungen der Informationsstelle in Prätoria. In Anlage 10 werden aus mehreren Hauptgefechten die Verluste mitgetheilt, zusammen 224 Gefallene und 607 Verwundete, woraus sich ein Verhältnis der Gefallenen zu den Verwundeten wie 1 : 2,7, zu den sämmtlichen Verletzten einschließlich der Gefallenen wie 1 : 3,8 berechnet. Stellt man hiergegen das Verhältnis der Gefallenen zu den Verwundeten bei den Deutschen im Kriege 1870/71 mit 1 : 5,39, so ergiebt sich, dass die Anzahl der sofort Getödteten verhältnismäßig ungewöhnlich hoch ist. Wenn auch Aufklärungen über die Körpergegend, welche bei den Gefallenen getroffen worden ist, nicht vorliegen, so dürfte doch mit Sicherheit anzunehmen sein, dass die meisten Gefallenen durch Schuss in den beim Zielen ungedeckten Kopf schnell tödlich verwundet worden seien, wie es zuerst Löffler für die Preußen 1864 festgestellt hat. Unter den zur Behandlung gekommenen 436 Verwundungen war bei 62 = 14,2% der Kopf betroffen, während bei den Deutschen 1870/71 die Kopfwunden 10,4% aller in Behandlung gelangter Verwundungen betrugen, bei den Preußen 1864 13,8%. Auch hier sprechen also die Zahlen für häufigere Verletzung des Kopfes in den Reihen der Boeren. Weiter ist die geringe Anzahl der durch artilleristische Geschosse Getroffenen auffallend, indem sie nur 21,3% aller Verwundeten in den Lazaretten betrug.

Einen besonderen Stempel erhielten die Verhältnisse dadurch, dass die Boeren während der Thätigkeit des Verf. auf dem Kriegsschauplatze stets im Rückgehen begriffen waren, die Lazarette ihnen nicht zu folgen vermochten, daher oft in die Hände der Engländer gelangten, welche übrigens kein Interesse daran hatten, die verwundeten Feinde in eigene Behandlung zu nehmen, sie vielmehr den Deutschen zur Weiterbehandlung überließen. Ja, sie entließen geheilte Verwundete in die Heimath, falls diese zu weiterem Kriegsdienste unfähig waren, durchaus entsprechend den Bestimmungen der Genfer Konvention. Die meisten Verwundungen wurden jedoch nicht bis zum Ende behandelt.

Als recht primitiv werden die zur Verfügung stehenden Transportmittel beschrieben. Auf Landwegen wurden gewöhnliche mit Verdeck versehene Landkastenwagen, aus denen die Sitzbänke herausgenommen waren, oder gewöhnliche federlose Bockwagen gebraucht, jene von 4—6 Maulthieren oder Pferden, diese von 12—16 Ochsen gezogen; Tragen oder Matratzen dienten als Lager. Auf der Eisenbahn standen nur gewöhnliche Lowries mit einem auf festen Stützen überspannten Verdecke, an welchem in der Längsrichtung beiderseits je über einander 2 Reihen von Tragen angebracht waren, zur Verfügung, gegen seitliche Schwankungen nur ungenügend durch von der Decke

zum Boden gespannte Halteriemen geschützt. Doch gab es auch einen gut ausgerüsteten Lazarettzug, vom Rothen Kreuze in Prätoria zur Verfügung gestellt.

Stets haben sich die Ärzte bemüht, nicht nur die Geschossart (Mauser, Lee-Metford, Henry-Martiny, Shrapnel, Granate, Sekundärgeschoss), sondern auch die Entfernung festzustellen, aus welcher die Verwundung gesetzt war, was natürlich nicht immer gelang. Während im Ganzen genommen ein verhältnismäßig glücklicher Verlauf der Kleinkalibergeschosswunden hervorzuheben ist, sprechen die gemachten Erfahrungen nicht gerade dafür, dass das Lee-Metford-Geschoss mit seinem immerhin etwas größeren Kaliber schwerere Wunden bewirkt habe, wie die Engländer eigentlich erwartet hatten. Hinsichtlich der Zahl der Todesfälle ordnen sich die Wunden je nach der getroffenen Körpergegend in folgender Weise: Artillerieverletzungen der Wirbelsäule 100% Todesfälle, Gewehrschüsse derselben 50%, Schädelschüsse durch Gewehr 44,4%, durch Artilleriegeschosse 25%, Bauchgewehrschüsse 15,4%, Artillerieverletzungen des Gesichts 10%, Gewehrschüsse der Brust 7,1%, des Gesichts 4,5%, Artillerieverletzungen der Gliedmaßen 3,4%, Gewehrschüsse derselben 0,5%. Im Ganzen kamen 7 Todesfälle nach Artillerieverletzungen und 20 nach Gewehrschüssen vor, ein Verhältnis von 1 : 12 für die ersteren, 1 : 16 für die letzteren, für alle Wunden insgemein 1 : 15, während das Verhältnis in den Kriegen 1866 bei den Preußen und 1870 bei den Deutschen sich auf 1 : 8 gestellt hat, hier entschieden sehr günstig, zumal wenn man die Schwierigkeit der Transporte und die mangelhafte Hygiene der Lazarette berücksichtigt, wie sie die allgemeinen Kriegsumstände herbeiführten.

Die Anzahl der nothwendig gewordenen Operationen bei Wunden war verhältnismäßig gering. Besonders selten waren beraubende Operationen, und zwar 5 wegen Artillerieverletzungen — 3 Oberschenkelamputationen, 2 Exartikulationen im Kniegelenke — und 9 wegen Gewehrschüssen — 1 Oberarmamputation, 4 Fingerauslösungen, 1 Oberschenkelamputation, 1 Auslösung im Knie (letztere beide wegen Gangrän nach Verletzung großer Gefäße), 1 Fußgelenksresektion, 1 Auslösung des Calcaneus. Dazu kommt noch 1 Enucleatio bulbi. Am seltensten unter diesen seltenen Operationen wurden Resektionen ausgeführt, auch nicht mit gutem Erfolge, wie später erfahren wurde. Dagegen waren Trepanationen recht häufig — 14mal — nöthig, oft ohne Rettung zu bringen. Es handelte sich stets um das Geschoss selbst oder um Knochensplitter, die in das Gehirn eingedrungen waren und dort Hirnabscesse bewirkt hatten. Überhaupt waren Hirnabscesse häufig, indem selbst tangential auftreffende Kleinkalibergeschosse Splitterungen der Lamina interna verursachten. Lähmungserscheinungen oder Krämpfe traten nach Gewehrschüssen des Schädels nicht selten auf. Dennoch wurden unter den Kleinkaliber-Schädelschüssen selbst aus weniger als 1000 Yards Entfernung noch eine Reihe von 6 Leuten, denen Knochen verletzt, ja das Gehirn durch-

bohrt war, am Leben erhalten, einer freilich mit völliger Erblindung des einen, fast völliger des anderen Auges. Auffallend war, dass den Mauserverletzungen seltener Hirnabscesse folgten als denen durch das englische Kleinkaliber; doch kann dies auch an anderen, für die Verwundeten der Boeren besonders ungünstig liegenden Umständen gelegen haben. Jedenfalls stimmen diese Beobachtungen mit denen der Engländer und Amerikaner völlig überein.

Auch der Satz von der relativen Leichtigkeit der Gesichtswunden, von denen 31, darunter 10 durch grobes Geschütz, 22 durch Kleinkalibergeschosse bewirkt, zur Beobachtung gelangten, wird bestätigt. Es starben nur 2 Leute nach Oberkieferschüssen, 1 durch Artillerie-, 1 durch Kleingewehrgeschoss an Jauchungen, der letztere nach Unterbindung der Carotis wegen Blutung aus der Maxillaris interna. Bei einem anderen erfolgte primäre, nach 8 Tagen sekundäre Blutung; erstere war nicht behandelt, letztere aber durch einfache Tamponade, dann nach 12 Tagen durch Tamponade mit Bellocque endgültig gestillt worden. Bei einem Manne mit Unterkieferbruch wurde primär Tracheotomie und Knochennaht gemacht. Ein Theil der gut verlaufenen Gesichtsschüsse war auch aus näheren Entfernungen von 300—400 Yards bewirkt worden.

Leichter Natur waren auch die seltenen Halsschüsse, selbst bei voller Durchquerung des Halses von einer Seite zur anderen. Auch die Engländer (McCormac) haben dieselbe Beobachtung gemacht.

Brust und Rücken wurden 11mal durch Artillerie-, 60mal durch Gewehrgeschosse getroffen. Unter ersteren Fällen befindet sich eine rasch tödlich verlaufene Wirbelsäulen- und Rückenmarksverwundung durch Shrapnel, während 4mal nur oberflächliche Weichtheilschüsse vorlagen. Einmal war nur Kontusion der Brust mit Rippenbruch und Hautemphysem erfolgt, eine offene Hautwunde fehlte. Mehrmals trat nach anderweitem Sondiren Eiterung auf, einmal unter Entwicklung von Pyopneumothorax, der mit Rippenresektion behandelt wurde. Auch unter den Gewehrschüssen der Brust finden sich 9 reine Weichtheilwunden, wie sie außerdem noch bei 2 durch Aufschlagen von Geschossen auf den Patronengürtel unter Explosion von Patronen Verwundeten vorlagen, also im Ganzen bei 11. In 45 Fällen war die Betheiligung der Lungen als sicher anzunehmen, obgleich bei 5 von ihnen während des ganzen Verlaufes Lungenblutung fehlte. 23mal wurde Dämpfung verzeichnet, 1mal zugleich mit Pneumothorax, 3mal letzterer allein. 4mal traten Spätblutungen aus den Lungen auf, und zwar 3mal am 14., einmal am 17. Tage, endlich auch bei einem erst am 16. Tage nach der Verwundung eingelieferten Manne mehrmals; die Rippenresektion wurde wegen Empyem gemacht, doch soll der Mann später gestorben sein. Stecken geblieben waren 5 Geschosse, 2 Mauser-, 3 Lee-Metford-Kugeln, theils aus großen Entfernungen, theils Aufschläger mit Mantelzerreißungen. Noch eine weitere Rippenresektion wurde nöthig und rettete den Mann, wogegen 5mal der Tod an Eiterung und Blutungen

eintrat. Unter diesen befand sich einer, bei welchem die Obduktion zeigte, dass ein Lungengefäß durch einen kleinen Knochensplitter angespießt war. Wirbelsäulenverletzung wurde einschließlich des schon erwähnten Falles 5mal beobachtet, 2mal mit tödlichem, 1mal mit zweifelhaftem Ausgange, während 2mal Besserung eintrat.

Bauchwunden kamen 26, und zwar nur durch Kleinkaliber, zur Beobachtung; mehrmals lagen nur oberflächliche Verwundungen vor, 5mal war die Darmbeinschaufel, 1mal das Kreuzbein (Lochschuss aus 600 Yards), 1mal die Symphyse getroffen, theilweise durch Aufschläger. Unter 3 Nierenschüssen verliefen 2 rasch günstig, dagegen endete tödlich der 3. am Abend der wegen peritonitischer Erscheinungen ausgeführten Operation. Eine Blasenwunde heilte trotz der schon erwähnten Durchbohrung der Symphyse, eben so auch eine Harnröhrenwunde ohne Operation unter leichter Eiterung. Bei weiteren 8 Bauchschüssen hätte Verletzung von Darmschlingen nach der Wundrichtung angenommen werden müssen, ohne dass aber irgend welche Erscheinungen diese Annahme bestätigt hätten; ja einer dieser Verwundeten wurde wegen innerer Blutung laparotomirt, aber ohne Darmverletzung gefunden. Sichere Zeichen der Darmverletzung zeigten nur 3 Verwundete, 2 im Auftreten von Kothabscessen, während der 3. wegen Blutung aus einem Mesenterialgefäße laparotomirt wurde; die beiden Darmwunden waren durch einen Schleimhautpfropf von innen so verschlossen, dass Darminhalt in die Bauchhöhle nicht ausgetreten war; dennoch tödlicher Ausgang. Von 4 Mastdarmwunden machte nur eine, angeblich aus 10 m beigebrachte schwere Erscheinungen und endlich Tod an den Folgen von Blutungen, wegen deren die Unterbindung der Glutaea media gemacht war. Im Ganzen war unter allen Bauchwunden nur 4mal der Ausgang tödlich, und zwar 2mal trotz Laparotomie. Verf. kommt daher mit Recht zu dem Schlusse, dass die häufige Ausführung der Laparotomie sich nicht als nöthig herausgestellt hat. Ref. macht noch besonders auf den bei der Laparotomie (s. oben) einmal gefundenen Verschluss durch Schleimhautausstülpung aufmerksam, der noch 16 Stunden nach der Verletzung vorhanden war; allerdings waren die Wunden nur linsengroß.

Zahlreicher sind die behandelten Gliedmaßenverwundungen, und zwar durch Artilleriegeschosse 59, durch Gewehrgeschosse 214. Die oberen Gliedmaßen waren 99mal, 68mal durch Kleingewehr, 31mal durch schweres Geschütz, die Beine 174mal, 146mal durch ersteres, 28mal durch letzteres getroffen.

Außer 4 Fingerexartikulationen war am Arme nur eine Amputation nöthig bei einem Manne, der mit verjauchter Gewehrschusswunde des Handgelenks in Behandlung kam und trotzdem zu Grunde ging. Schwerere Blutung wurde nur 1mal beobachtet. 3mal trat bei Diaphysenschüssen erwähnenswerthe Eiterung ein, 1mal in Folge mitgerissener Kleiderfetzen, 1mal bei verspätetem (11 Tage) Eintritt in die Behandlung, 1mal bei Verwundung durch Henry-Martini-

geschoss, Kaliber 11,43 mm. Bei 2 Gelenkschüssen trat Schwellung ein, 1mal außerdem Vereiterung.

Auch am Beine blieb mit Ausnahme weniger Fälle Eiterung aus, 1mal war die Absetzung des Oberschenkels schon vor Überweisung an das Hospital wegen Brand nach Gefäßverletzung gemacht, und noch in 2 weiteren Fällen musste unterbunden werden 1mal die Tibialis, 1mal die Poplitea (seitliches ovales Loch). Nach der Tibialis- und weiterhin Popliteaunterbindung musste die Exarticulatio genu gemacht werden, womit der Mann gerettet wurde.

Selbst bei Schüssen aus geringen Entfernungen sah man nicht stets große Zerstörungen eintreten, vielmehr lagen zuweilen auch einfache Schrägbrüche vor. Doch scheinen, wo ausgedehntere Splitterung vorhanden war, stets Nahschüsse vorgelegen zu haben. Große Splitter des Oberschenkelschaftes waren bei 3 Lee-Metfordschüssen aus 150 Yards oder aus unbekannter Entfernung, so wie bei vier Mauserschüssen aus 200, 400, 500 Yards vorhanden, wobei theilweise auch größere Ausschüsse vorkamen. 2 Schmetterlingsbrüche gleichfalls des Oberschenkels hatten ein Mauserschuss aus 100 und ein Lee-Metfordschuss aus 150 Yards Abstand hervorgebracht.

Verf. hebt als auffallend hervor nicht nur, dass überhaupt vielfach Geschosse deformirten, sondern dass dies auch aus weiten Abständen, mehr als 1800 m Entfernung, geschah, während nach den Versuchen der Kgl. preußischen Medicinalabtheilung die weiteste Entfernung für die Deformation auf 1300 m angegeben wird. Ferner findet sich vielfach, auch aus nahen Entfernungen, dass Geschosse stecken blieben, meist deformirt. Beides dürfte sich nach des Ref. Ansicht leicht durch die Annahme erklären lassen, dass das verwundende Geschoss vorher aufgeschlagen war, so z. B. bei dem Geschosse, welches aus 300 Yards durch die feste Kappe des Stiefels in die Hacke eingedrungen und im Fußrücken stecken geblieben war; deutet doch hier die Richtung von unten nach oben ganz klar auf das Ricochettiren hin.

Auch bei den meisten Gewehrschusswunden der Beine, selbst Knochenschüssen, blieb Eiterung aus, während sie bei den Wunden durch Artilleriegeschosse häufiger eintrat. Doch fanden sich die Ärzte oft gezwungen, lose Splitter zu entfernen; niemals aber veranlassten Unterschenkelverwundungen Absetzung des Gliedes, nur 1mal wurde Resektion des Fußgelenkes, 1mal des Calcaneus erforderlich. Bei den 4mal vorgekommenen Verwundungen dieses letzten Knochens machte sich besonders deutlich die stufenweise Abnahme der Zerstörung mit Zunahme der Entfernung des Schützen geltend. Selbst die so gefürchteten Kniegelenksschüsse verliefen ohne stärkere Schwellung unter geringer Mitleidenschaft des Allgemeinbefindens.

Wenn auch die Art der Behandlung des Materiales durch den Verf. von einem mehr statistischen Standpunkte aus die auszügliche Besprechung sehr erschwert, so haben wir doch versucht, das Wichtigste mitzutheilen. Die eigentlich klinische Verwerthung desselben

Materiales hat Verf., dem eine mehr zusammenfassende und überwachende Thätigkeit vorgeschrieben war, nach den getroffenen Vereinbarungen den anderen Ärzten der Expedition überlassen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

8) **H. Küttner.** Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrikanischen Kriege.

(Sonder-Abdruck aus den Beiträgen zur klin. Chirurgie, redigirt von P. v. Bruns.) Tübingen, 1900. 116 S. 13 Abbildungen im Text und 13 Tafeln.

K., als Assistent von v. Bruns völlig bewandert in der Frage der Geschosswirkungen, hatte Gelegenheit, nachdem er schon in den letzten griechisch-türkischen Kämpfen als Arzt sich hatte bewähren können, als Mitglied der 1. Expedition des deutschen Rothen Kreuzes eine Zeit lang inmitten der Kämpfe zwischen Engländern und Boeren an Verwundeten beider Heere Erfahrungen über Verwundungen durch die modernen Kleingewehrgeschosse zu sammeln, die dem Lazarett direkt vom Kampffelde zugingen. Ausgerüstet mit allen Hilfsmitteln zur Diagnostik war er namentlich auch im Stande, eine große Anzahl Schussverletzter im Beginne und weiteren Verlaufe ihrer Verwundung skiaskopisch zu untersuchen und auf diesem Gebiete charakteristische Erfahrungen zu sammeln.

Beide Armeen schossen — und schießen noch — aus ihren Gewehren und Maximgeschützen Mantelgeschosse, die Boeren solche von 7,0, die Engländer solche von 7,7 Kaliber; jene, die Mausergeschosse, hatten eine um 90 m größere Anfangsgeschwindigkeit und leisteten an der Gewehrmündung eine um 23,9 mkg größere Arbeit, als diese, die Lee-Metfordgeschosse. Diese geringen Unterschiede waren aber für die Wirkung auf den Menschen ohne irgend welche Bedeutung. Da die artilleristischen Geschosse der Engländer verhältnismäßig wenig Verwundungen im feindlichen Heere angerichtet und dazu keine eigenartigen Wirkungen hervorgerufen haben, bleiben sie außer Betracht.

Die modernen Kleingewehrgeschosse rufen meist nur geringe primäre Wundschmerzen, selten allgemeinen Chok hervor.

Die Hautwunden sind meist auffallend klein und, vorausgesetzt dass das Geschoss etwa senkrecht die Haut durchschlägt, die Ausschussöffnung kaum oder gar nicht umfangreicher als die des Einschusses, selbst bei einem Schusse aus $1/2$ m Entfernung. Nur wenn der Schuss aus unmittelbarer Nähe abgegeben war — aber bei Ausschluss der Wirkung der Pulvergase — erreichte bei kleinem Einschusse der Ausschuss eine Größe bis 15 cm Durchmesser und zeigte Muskel- und Fascienfetzen, auch wenn der Knochen unverletzt geblieben. Charakteristisch für die Wirkung des sich nicht stauchenden kleinkalibrigen Geschosses war ein Schusskanal in den das Schienbein bedeckenden dünnen Weichtheilen, der den Knochen unversehrt zeigte. Meist perforiren die Geschosse den getroffenen Mann, nicht ganz selten bleiben sie aber auch trotz ihrer gesteigerten Durch-

schlagskraft im Körper zurück, wenn sie vor dem Eindringen durch Hindernisse abgeschwächt sind oder aus sehr großer Entfernung auftreffen. Sehr selten findet man Kleiderfetzen in der Wunde. Die Heilung der im Allgemeinen als aseptisch anzusehenden Weichtheilwunden geht in der weit überwiegenden Zahl der Fälle rasch — in 8—14 Tagen — und ungestört vor sich, wenn man die Schussöffnungen mit Stückchen aseptischer oder antiseptischer Gaze bedeckt, die man mit einem Pflasterkreuz befestigt.

Die primäre Blutung ist in der größten Mehrzahl der Fälle gering, um so unbedeutender, je kleiner die Hautwunden; selbst wenn ein großes Gefäß getroffen ist, kann es vorkommen, dass wegen der Enge des Schusskanals nur wenig Blut nach außen tritt. So erscheinen Schussverletzungen der Extremitätenarterien weniger gefährlich als früher, sind Verblutungen aus ihnen auf dem Schlachtfelde zu Seltenheiten geworden, dürfte es auch seltener als früher zu einer Unterbindung daselbst kommen. Dagegen trifft man so manches Mal auf gewaltige interstitielle Blutungen, die enorme Weichtheilschwellungen veranlassen können. Im weiteren Verlaufe kommen —nicht septische— Nachblutungen aus verletzten großen Arterien nicht selten zur Beobachtung, doch kommt auch manch ungestörter Heilungsverlauf vor, wenn die Wunde nur ganz klein oder gar durch benachbarte Theile verlegt worden ist — wie z. B. eine angeschossene Axillararterie durch den ihr anliegenden, selbst durch das Geschoss durchborten N. radialis zugestopft war. Indess geben solche Arteriennarben später Veranlassung zu sekundärer Aneurysmenbildung, wie sich solche denn überhaupt gewöhnlich an die Verletzung größerer Arterien anschließt; sie sind eine häufige Erscheinung geworden und im südafrikanischen Kriege an allen großen Extremitätenarterien zur Beobachtung gekommen, manchmal im direkten Anschlusse an die Verletzung, in anderen Fällen erst nach Wochen und Monaten. Nicht ganz selten begegnete man auch einem Aneurysma varicosum, als Folge gleichzeitiger Verletzung nebeneinander verlaufender Arterien und Venen. Schussverletzungen der letzteren allein gaben Ärzten äußerst selten zu schaffen, heilten meist, ohne klinische Erscheinungen zu machen. Ihnen an Werth direkt entgegengesetzt sind die Schussverletzungen der in den Körperhöhlen verlaufenden Gefäße— namentlich der Arterien. Sie veranlassen neben den Schädelschüssen sicher am häufigsten den Tod auf dem Schlachtfelde.

Schussverletzungen der peripheren Nerven, die oft zur Beobachtung kamen, bestanden sehr selten in völliger Durchtrennung des Stammes, mehrfach aber — z. B. an Radialis und Medianus — in einer knopflochartigen Durchbohrung.

Zur Aufklärung der Eigenart der Knochenschussverletzungen diente vor Allem die Skiaskopie. Bei ihnen erschien die Verletzung der bedeckenden Weichtheile an der Einschussseite meist klein, nur bei Nahschuss erreichte sie eine Größe von 2,5:1,5 cm Durchmesser; daneben fand man dann wohl noch andere Zeichen rückwirkender

Gewalt. Auch die Ausschussöffnung war trotz großer Zertrümmerung des Knochenschaftes nicht selten, namentlich wo dicke Weichtheillagen zwischen Zertrümmerungsfeld und der Haut lagen, nur klein und erreichte selbst bei einem Schusse durch die Oberschenkeldiaphyse aus allernächster Nähe nicht mehr als 3,5 : 2 cm Durchmesser. Den größten Zertrümmerungsherd im ganzen Schusskanale bildet stets der zersplitterte Knochen selbst. — Relativ häufig veranlassen die modernen Geschosse — meist bei tangentialem Aufschlagen — einfache Quer- und Schrägschüsse der Diaphysen der Röhrenknochen. Rein lochförmig durchbohren sie die letzteren kaum jemals, doch können sie sie so durchschlagen, dass die Kontinuität nicht vollständig aufgehoben ist. Bei Weitem am häufigsten setzen sie Splitterbrüche. Von hohem Interesse ist es nun, dass bei Schüssen auf die verschiedensten Distanzen die Splitterungszone in den einzelnen Diaphysen fast genau die gleiche Ausdehnung hat: im Oberarme 9—10 cm, dem Schienbeine 10, dem Oberschenkel 12—14 cm. Bei Nahschüssen überwiegen in diesem Abschnitte die kleinen, bei Fernschüssen die großen Splitter. Die typischste Bruchform ist die Schmetterlingsfraktur. Von jedem Splitterbruche gehen Fissuren aus, die bis zu dem benachbarten Gelenke ausstrahlen können. Verhältnismäßig häufig findet man bei Diaphysenbrüchen das deformirte, auch ganz zerrissene Geschoss oder Theile desselben im Körper zurückgehalten.

In den Epiphysen setzen bei Schüssen aus mittlerer oder größerer Entfernung die modernen Geschosse in der Regel Loch- oder Rinnenschüsse; eine Ausnahme machen nur das obere Ende der Tibia und das untere des Humerus. Bei Nahschüssen dagegen ist meist die Spongiosa in mehr oder weniger großer Ausdehnung zermalmt, die Splitterung reicht weit in die Metaphyse hinein, der Ausschuss ist stark erweitert. Die Metaphysenschüsse zeigen Erscheinungen, welche inmitten der Dia- und Epiphysenschüsse stehen. Die einfachsten Schussformen zeigen sich bei den platten Knochen; die Kniescheibe ist meist glatt durchlocht. — Bei den Gelenken finden sich häufiger als sonst einfache Kapseldurchbohrungen; der Hämarthros erreicht einen sehr wechselnden Umfang.

Da auch die Knochen- und Gelenkwunden durch die Mantelgeschosse als aseptisch anzusehen sind — es sei denn, sie wären durch Finger oder Sonde sekundär inficirt worden — so ist's nicht zu verwundern, dass sie wie subkutane verliefen, u. A. alle von K. beobachteten Oberschenkelschussbrüche und Knieverletzungen ohne Eiterung geheilt sind, es kaum je bei Knochen- und Gelenkwunden zu einem operativen Eingriffe gekommen ist. Werden die Schussfrakturen richtig behandelt, bleibt demnach die Wunde aseptisch, so heilen auch kleine vom Periost ganz losgelöste Splitter fest in den Callus ein. Eine Hauptbedingung dazu ist aber — neben kleiner Weichtheilwunde — gute Immobilisation der gebrochenen Glieder und Ruhe; vor dem 4. Tage sollte womöglich kein Mann mit

Oberschenkelschuss einem größeren Transporte unterworfen werden. Gelenkschüsse müssen verhältnismäßig lange im immobilisirenden Verbande liegen bleiben; dann heilen die aseptisch gebliebenen, wenn sie nicht aus zu geringer Entfernung beigebracht sind, oft mit guter Beweglichkeit.

Um noch kurz auf die Erfahrungen bei Schussverletzungen der Körperhöhlen und ihres Inhaltes einzugehen, so ist zu bemerken, dass die des Schädels die häufigste Ursache für den Tod auf dem Schlachtfelde abgeben. Nahschüsse riefen ausgedehnteste Knochen- und Hirnzertrümmerungen hervor, manchmal selbst bei kleinem Ein- und Ausschuss. Nicht wenig Kopfverletzte kamen aber auch in ärztliche Behandlung. War hierbei schon die Art und Entfernung des Transportes von größter Bedeutung, so machte es auch den Eindruck, als seien — abgesehen hiervon — diese Wunden ganz besonders leicht der Infektion ausgesetzt und die Trepanation in der Nähe des Schlachtfeldes ungewöhnlich gefährlich. K. räth von ihr ab, wenn nicht die dringendste Indikation für sie vorliege: Zunahme von Hirndruck, Lähmungen, primärer Sopor oder sichere Zeichen stattgehabter Infektion, besonders ein allmählich sich entwickelnder Hirnabscess.

Herzschüsse haben nächst den Schädelschüssen wohl am häufigsten den schnellen Tod auf dem Schlachtfelde herbeigeführt, andererseits aber scheint es, als ob die kleinkalibrigen Mantelgeschosse auch hier weniger gefährlich wären als die größeren Geschosse früherer Tage. Sicher ist, dass ein penetrirender Herzschuss erst nach $1^1/_2$ Wochen den Tod herbeigeführt hat, und die Engländer nehmen an, dass in diesem Kriege eine Anzahl Herzschüsse, namentlich Streifschüsse der linken Kammerwand, nicht tödlich gewesen, sondern ausgeheilt sind.

Ganz besonders günstigen Verlauf nahmen die meisten Lungenschüsse; ja es liegen eine ganze Anzahl geheilter Schüsse vor, welche Brust-, Bauch- und Beckenhöhle durchdrungen hatten. Schnell tödlich endeten nur ausgedehnte Lungenzerreißungen durch Aufschläger oder solche mit Verletzung der größten Gefäße; meist handelt es sich nur um enge, glattwandige Schusskanäle im Gewebe, die manchmal gar keine Lungensymptome gewährten, namentlich keine Hämoptoë. In der Regel bestand etwas Athemnoth und Cyanose. Hämothorax beobachtete man namentlich nach längeren Transporten, Hämopneumothorax nur selten, fast nie Ausströmen von Luft aus einer Hautöffnung. Zu Empyem kam es selten; pneumonieähnliche Lungeninfiltration war wohl meist durch Blutinfiltration, nicht durch Entzündung in der Nähe des Schusskanals bedingt. Der Verlauf und definitive Ausgang war — bei absolut konservativer Therapie — im Allgemeinen sehr günstig; aber eine 4—5wöchentliche Schonung ist doch dringend wünschenswerth, soll es nicht zu schweren Nachblutungen in die Pleurahöhle kommen. Besonders schlimm waren solche Blutungen, welche, gleich nach der Verletzung beginnend oder

auch später einsetzend, sich unstillbar über Tage und Wochen hinzogen. K. hat 4 solche Fälle beobachtet, die alle zwischen dem 4. und 32. Tage tödlich endeten. In einem derselben fand man bei der Sektion einen Knochensplitter in einer Lungenarterie stecken. Zu einem größeren operativen Eingriffe zwecks Blutstillung konnte man sich nicht entschließen[1].

In ganz auffallender Weise hat sich mit der Einführung der modernen Geschosse die Prognose der Bauchschüsse gebessert; während früher von solchen im Durchschnitte nur 20 von 100 am Leben erhalten werden konnten, gelang dies im südafrikanischen Kriege sowohl bei englischen wie deutschen Chirurgen in etwa 60% der Fälle, und zwar ohne dass ein operativer Eingriff gemacht wurde, der in den meisten Fällen sogar nur nachtheilig wirkte und desshalb später fast ganz unterlassen wurde, nur noch für Bauchschüsse mit gefährlicher innerer Blutung als indicirt galt. Es ist sicher gestellt, dass in einigen Fällen das Geschoss zwischen den — meist leeren — Därmen hindurchdrang, ohne den Darm überhaupt zu verletzen, in anderen nur kleine Perforationsöffnungen in ihm setzte, die durch Schleimhautvorfall oder Verklebungen der Serosa mit der Nachbarschaft rasch verlegt wurden und definitiv — manchmal erst nach Entstehung eines umschriebenen Kothabscesses — ausheilten. Zu einem solchen Verlaufe ist aber absolute Ruhe und absolute Diät des Verletzten erforderlich, jeder erschütternde Transport von Nachtheil. Auch 4 Magenschüsse und 4 von 5 Nierenschüssen wurden geheilt.

Im Gegensatze zu diesen Verletzungen durch die modernen Kleingewehrgeschosse boten die durch Shrapnelkugeln im Allgemeinen die Symptome der früheren Verletzungen durch abgeschwächte Geschosse der alten Infanteriegewehre. **Richter** (Breslau).

---

9) **H. Strehl.** Erfahrungen auf dem Kriegsschauplatze in Südafrika 1900.

(Vortrag im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i/Pr. 1900.)

Der Vortr., aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg i/Pr., war vom Centralkomité des deutschen Rothen Kreuzes mit der dritten und letzten Expedition nach Südafrika abgesendet und zunächst von Anfang Mai an mit der Leitung des deutschen Ambulanzzuges zwischen Bloemfontein-Pretoria beauftragt worden. Dann hatte er mit seiner Ausrüstung für 100 Betten nebst sehr reichlichem Verbandmateriale nach einander in Heilbronn, Bethlehem und Fouriesburg Lazarette etablirt und wurde beim Einmarsche der

[1] Anmerkung. In einem Falle unstillbarer Spätblutung aus einem alten Lungenschusskanale (Selbstmordversuch) hat v. Mikulicz 3 Rippen resecirt und durch Penghawartampons die Lunge gegen ihre Wurzel hin komprimirt. Die Blutung stand danach definitiv. (Ref.)

Engländer stets nebst seinen auf Ochsenwagen verladenen Kranken durch die Vorposten wieder zu den Boeren hindurch gelassen. Als der ganze Orangefreistaat von den Boeren geräumt war, wurde die Heimreise angetreten, am 2. August.

Von Verwundungen durch blanke Waffen hat S. 2 penetrirende Stichwunden der Brust bei einem Polizisten gesehen, der außerdem noch einen dreifachen komplicirten Schädelbruch aufwies, da er von Kaffern mit Keulen und kurzen Speeren (Assagais) bearbeitet worden war; obwohl anfänglich Sprachstörungen und Lähmungen bestanden, trat ohne Eingriff volle Genesung ein.

Über 82 Schussverletzungen besitzt S. Aufzeichnungen. Darunter befinden sich 25 Gliedmaßenverwundungen, 13mal war die obere, 10mal die untere Extremität, 2mal beide getroffen. Die Diaphysenschüsse aus der Nähe zeigten große Ausschussöffnungen bis zu Handtellergröße, Muskelfetzen hingen aus der Wunde heraus, darin zersprengt größere und kleinere Knochenstücke, die Knochenschäfte selbst waren auf weite Strecken zertrümmert. Bei den Diaphysenschüssen aus weiteren Abständen fanden sich zwar auch lange Splitterungen der Knochen, allein die kleinen Hautöffnungen geben ihnen mehr einen subkutanen Charakter. S. hat Oberschenkelschussbrüche schon nach 3—4 Tagen mit einer Gipshose und Kappeler'schem Bügel aufstehen lassen. Bei fast allen Schussbrüchen fand sich im distal gelegenen Gelenke ein Erguss ein, der sich nur langsam zurückbildete, und den S. mindestens in einzelnen Fällen als serös und als Folge von ungünstigen Blutumlaufsverhältnissen ansieht, während Küttner glaubt, dass es sich um Hämarthros in Folge von Fissuren bis ins Gelenk handele.

Im Gegensatze hierzu finden sich bei Epiphysenverletzungen aus Nähe und Ferne meist einfache Durchlochungen ohne Splitterung. So sah S. einen Officier, der, als er mit langen Bügeln, also mit leicht gebeugtem Knie ritt, einen Knieschuss erhielt. Einschuss in der Mitte der Kniescheibe; glatte Durchlochung derselben, dann Ausschuss Mitte der Kniekehle ohne Nerven- und Gefäßverletzung; derselbe wurde glatt geheilt. Auch ein Ellbogenschuss, von einem Aufschläger aus 50 m Abstand herrührend, heilte glatt.

Bei 7 Schädelschüssen aus weiteren Abständen fanden sich gleichfalls Lochschüsse; Hirnsymptome fehlten zwar nicht, bildeten sich aber rasch zurück, Heilung in kurzer Frist. Ein Gesichtsschuss aus 700 m zeigte Einschuss am Foramen infra-orbitale dextr., Ausschuss etwas unterhalb des Proc. mastoideus, glatte Heilung.

Die 12 Lungenschüsse heilten sämmtlich auffallend gut, typischer Verlauf: nur wenn Rippenbruch vorliegt, lebhafterer Schmerz bei der Verletzung, Vermögen der Fortbewegung auf längerer Strecke, dann Zusammenbrechen; mehrmaliges Auswerfen von Blut etwa $^1/_4$ Stunde, selten unmittelbar nach Verletzung, später meist nicht mehr; Pleuraerguss ist fast stets vorhanden, zuweilen aber besteht wohl auch blutige Durchtränkung des Lungenlappens; Kurzathmig-

keit, Stiche, kein Fieber während 3—5 Tagen, Aufstehen nach 8 bis 10 Tagen. Infektion hat S. nie gesehen, der Pleuraerguss wird langsam resorbirt.

Auch S. sah Bauchschüsse ohne Operation und unter geringen Erscheinungen günstig verlaufen, sah auch sowohl Magen- als Darmschüsse heilen. Primäre Laparotomie hält er nur ausnahmsweise bei innerer Blutung angebracht, selbst bei Eintritt von peritonitischen Erscheinungen zieht er Opium- und Eisbehandlung vor.

Ungünstige Prognose haben besonders die Sekundärblutungen.

Knochenschüsse waren immer sehr schmerzhaft, wurden im Augenblicke der Verwundung wie ein fester Schlag mit einem Hammer gefühlt, Weichtheilschüsse dagegen nicht beachtet. Kleine Hautwunden wurden ohne vorhergehende Wunddesinfektion nur mit einem Stücke Jodoformgaze bedeckt und dieses mit Heftpflasterstreifen befestigt. Größere Hautöffnungen erfordern komplicirtere Deckverbände, Frakturen Fixation. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

---

10) **W. Henne.** Die Schussverletzungen durch die schweizerischen Militärgewehre. Zusammengestellt aus den Jahren 1880—1900.

Inaug.-Diss., Aarau, 1900. 123 S. 4 Abbildungen.

Eine ungewöhnlich werthvolle Dissertation. Der 1. Abschnitt bringt die Berichte über 14 Schussverletzungen des Kopfes und Gesichtes, 4 der Wirbelsäule, 7 des Brustkorbes, 2 großer Gefäße, 3 des Unterleibes, 37 der Extremitäten. Dieselben waren erzeugt entweder durch das Vetterli-Geschoss (reines Blei, Kaliber 10,6 mm, Gewicht 20,2 g, Anfangsgeschwindigkeit 400 m), oder durch das Schweizer Ordonnanzgewehr Mod. 1889 Schmidt-Rubin (Hartblei, an der Spitze mit Stahlkappe, Kaliber 7,5 mm, Gewicht 13,7 g, Anfangsgeschwindigkeit 600 m). Der Werth dieser Kasuistik beruht namentlich darin, dass für jeden Fall die verletzende Waffe sichergestellt war, dass mit wenig Ausnahmen die Entfernung feststand, aus welcher diese gewirkt hatte, dass in einzelnen Fällen der Vorgang bei der Verwundung von Zeugen direkt beobachtet war, endlich alle Verletzten früh in ärztliche Behandlung gelangten. Die meisten Krankengeschichten sind dazu mit einer mehr oder weniger ausführlichen Epikrise versehen. Natürlich wollen diese Einzelfälle im Originale studirt werden. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass Verf. auch jene Beobachtungen von eigenthümlichen Schädelverletzungen bringt, die Krönlein publicirt hat und deren Deutung — speciell bei den Schüssen, die, längs der Schädelbasis verlaufend, das Gehirn im Ganzen aus der zersprengten Schädelkapsel hinausgeschleudert hatten — durchaus noch nicht sichergestellt ist. H. sucht sie durch den von dem mit 600 m Geschwindigkeit auftreffenden Geschosse auf den Liquor cerebrospinalis ausgeübten Druck zu erklären und kann sich dabei auf das Ergebnis von ihm ausgeübter

Versuchsschüsse berufen. Interessant sind ferner 2 Tangentialschüsse des Schädels, deren einer die Schädelkapsel geöffnet, der andere nur Lamina externa gefurcht hatte und bei welchen es zu doppelseitigen Frakturen der Orbitaldächer kam. In dem tödlich endenden Falle wies die Sektion nach, dass die Frakturen, symmetrisch gelegen, längliche Form hatten, von geschlossener Linie umrandet, je in 3 Stücke gespalten waren und in natürlicher Lage sich befanden, keine Verschiebung gegen die Orbita zeigten. Auch für diese Fälle besteht noch keine einwandsfreie Erklärung ihrer Entstehung.

Interessant ist der Endausgang der gesammelten Verletzungen, von denen übrigens nicht wenige Selbstmordschüsse und aus geringster Entfernung beigebracht waren. Von 12 Schädelschüssen heilten 2, eben so von 7 Brustschüssen (tödlich 3 Herzschüsse und 2 Lungenschüsse, bei denen gleichzeitig Unterleibsorgane verletzt waren); 2 Schussverletzungen großer Gefäße endeten tödlich, von 3 perforirenden Unterleibsschüssen 2; dagegen heilten alle 37 Schussverletzungen der Extremitäten; außerdem ergab die vergleichende Statistik für die durch die kleinkalibrige Ordonnanzwaffe gegenüber den durch Vetterli erzeugten Schusswunden eine bedeutend kürzere Heilungsdauer.

Ein 2. Abschnitt der Dissertation behandelt die Frage der Infektion der Schusswunden. H. findet zunächst unter seinen Fällen, so weit sich solche zur Beantwortung der Frage eignen, dass von 18 Schussverletzungen durch Vetterli 3=16,0% Zeichen von Infektion ergaben — in einem von ihnen war die Oberschenkelwunde sofort nach dem steckengebliebenen Geschosse mit der Sonde durchsucht worden, in einem anderen hatte das ricochettirende Geschoss eine starke Gewebszertrümmerung im Innern des Oberschenkels verursacht —, während von 21 Schussverletzungen mit dem kleinkalibrigen Ordonnanzgewehr 2=10% inficirt wurden; in beiden war primär nach dem Geschosse gesucht und mit Fingern und Instrumenten in den Schusskanal eingegangen worden. Im Übrigen zeigten die Krankengeschichten, dass Vetterligeschosse in 15%, die kleinkalibrigen nur in 4% aller in Betracht kommenden Fälle Kleiderfetzen in die Wunde mitgerissen hatten. Um diese Frage vom Mitreißen von Kleiderfetzen durch verschiedene Geschossarten klarzulegen, hat nun H. theils Stücke von Harzseife, theils amputirte menschliche Unterextremitäten beschossen, letztere mit Strumpf, Hose oder Leinwand bekleidet, jene mit solchem Material, daneben aber auch noch — zum Ersatze der elastischen Haut — mit einer elastischen Gummimembran bedeckt. Dabei ergab sich dann, dass nicht deformirte kleinkalibrige Stahlkappengeschosse bei mehr oder weniger rechtwinkligem Auftreffen auf das Ziel nie auch nur kleine Gewebspartikel mitreißen, sondern nur feinste Gewebshärchen, die sich in der ganz kurzen Anfangsstrecke des Schusskanals auffinden lassen. Vetterligeschosse nehmen schon eher kleine Zeugstückchen mit, die Rundkugeln des Shrapnels aber setzen unter allen Umständen einen

Defekt im Tuch, manchmal ein Loch von ihrem eigenen Durchmesser. Abgesehen von diesen Unterschieden wirkt bei den kleinkalibrigen Geschossen die elastische Haut im Momente der Durchbohrung wohl mechanisch reinigend auf deren Außenfläche ein, wie H. durch einige hübsche Versuche sicher bewiesen hat: Beschoss er nämlich einen hautbedeckten Leichentheil mit Geschossen, deren Spitze bis zum Beginne des cylindrischen Theils mit Mennige frisch bestrichen war, so sah er um die Einschussöffnung der Haut einen rothen Ring, in der obersten Partie des Unterhautzellgewebes noch eine Spur rother Färbung, weiterhin im Schusskanale nichts mehr davon. Was aber an Mikroben in die Wunde hineingerissen wird, ist seiner Ansicht nach sicher meist ungefährlich, und sonach sind die Schusswunden mit geringen Ausnahmen als primär nicht inficirt anzusehen.

In einem Anhange behandelt H. endlich noch die Schussverletzungen durch das Holzgeschoss der Exercirmunition und fördert auch diese Frage durch eine reiche Kasuistik von Verletzungsfällen wie eine Anzahl neuer Schießversuche. Er kommt dabei zu dem Resultate, dass derartige Schusswunden verhältnismäßig langsam heilen, und dass die verwertheten Holzgeschosse bis auf eine Distanz von 5 m überhaupt nicht ungefährlich sind, während reine Pulverschüsse — ohne Holzgeschoss — ernstere Verletzungen nur erzeugen, wenn sie à bout portant abgefeuert werden. **Richter** (Breslau).

---

11) **R. U. Krönlein.** Über die Wirkung der Schädel-Hirnschüsse aus unmittelbarer Nähe.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Auf dem Chirurgenkongresse 1899 hatte K. an Hand konkreter Beispiele gezeigt, dass Schädel-Hirnschüsse aus direkter Nähe mit dem schweizerischen Repetirgewehre unter Umständen das im Großen und Ganzen unversehrte Gehirn aus dem zertrümmerten Schädel herausschleudern können (Exenteratio cranii), dass ferner bei perforirenden Schädel-Hirnschüssen eine Heilung möglich ist, wenn auch der Schuss bei Vollladung und aus unmittelbarer Nähe erfolgte. In der vorliegenden Arbeit nun werden die Einwände, die gegen K.'s Mittheilungen laut geworden sind, erörtert und gleichzeitig zwei weitere, sehr genau beobachtete und beschriebene Fälle (Henne's) angefügt, bei welchen es sich ebenfalls um Exenteratio cranii resp. um Heilung eines perforirenden Schädel-Hirnschusses aus unmittelbarer Nähe gehandelt hatte. Damit ist die Kasuistik der ersteren Verletzungsform auf 3, die der letzteren auf 2 Fälle gestiegen. Bei jenen verlief der Schusskanal jeweils nahe der Schädelbasis, der Schuss erfolgte auf eine Entfernung von höchstens 7 m. Für diese ist nach K. und Henne charakteristisch, dass die Schussrichtung tangential verläuft, und dass nur ein kleines Segment der Großhirnhemisphäre perforirt wird. **Honsell** (Tübingen).

12) **A. E. Smith.** To remove burnt powder from the skin.

(Buffalo med. journ. 1900. November.)

Um bei Pulververbrennungen der Haut die nachträgliche Entstellung durch Einheilung der Pulverkörner und Schwärzung zu vermeiden, schlägt Verf. vor, 10—12 Stunden nach der Verletzung die durch exsudative Entzündung abgehobenen Hautpartien in Narkose zu entfernen und die so entstandene Wundfläche durch Abreiben mit Wasser und Seife von den noch restirenden Pulverkörnern zu befreien.

In einem so behandelten Falle von Gesichtsverbrennung trat glatte Heilung mit kaum bemerkbarer Schwarzfärbung ein.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mittheilungen.

13) **Lagarde** (United States Army). Blessures par balles de fusils de calibre réduit (résultats fournis par la campagne de Santiago).

(Vortrag in der Sektion für Militärmedicin beim XIII. internat. Kongresse in Paris.)
(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1900. Oktober.)

Obgleich die meisten der hier zusammengestellten Erfahrungen schon früher hier berichtet sind, wird es doch nicht uninteressant sein, sie nochmals zu besprechen. Sie gründen sich auf 1400 Verwundungen.

1) Hinsichtlich der mehrfach hervorgehobenen Ansicht, dass der unmittelbare Verwundungschok durch das kleine Kaliber nicht hinreicht, um den Kämpfer außer Gefecht zu setzen, hebt L. hervor, ihm sei von allen Officieren mitgetheilt worden, dass in der Regel der Verwundete sofort hinstürze. Ausnahmen seien selten gewesen.

2) Explosive Wirkung sei selten beobachtet worden. Doch rühre dies nur allein daher, dass in Folge der Geländebeschaffenheit die meisten Verwundungen aus großer Entfernung bewirkt worden seien, wie u. A. auch das in 10% beobachtete häufige Steckenbleiben der Geschosse beweise; auch seien die Aufschlägerschüsse und Geschossdeformationen häufig gewesen.

3) Die Verwundungen der Weichtheile heilten rasch, meist ohne Infektion. Wo solche eintrat, war nur ein kleiner Schorf, darunter ein paar Tropfen Eiter am Ausschusse vorhanden.

4) Nicht ein Mann starb an äußerer Blutung, auf dem Schlachtfelde war keine Unterbindung nöthig. Dagegen wurden A. femoralis, iliaca ext. und cubitalis je 1mal, A. radialis und subclavia je 2mal wegen Aneurysma unterbunden. 5mal wurde Gangrän nach Zerreißung von Blutgefäßen beobachtet und nöthigte zur Amputation.

5) Die Schussbrüche der Knochenschäfte waren in der Regel gesplittert, doch wurde auch eine Anzahl von Durchlochungen und Rinnenbildung ohne Bruch beobachtet. Selten nöthigte größere Splitterung zur Entfernung abgelöster Splitter.

6) Bei den Verwundungen der Gelenkenden war die glatte Durchlochung ohne Fraktur die Regel. Nach dem Berichte des Generalstabsarztes wurde von 17 Männern mit Knieverwundungen nicht ein einziger amputirt, keiner starb, 14 wurden wieder dienstfähig, 3 invalide.

7) Die 31 Brüche der Kopfknochen hatten eine Sterblichkeit von 58,1%. Mehrfach war die Ausdehnung der Frakturen und die Zerreißung der Hirnmasse sehr erheblich. Dagegen zeigten wieder Andere, wohl aus weitem Abstande, sowohl am Knocheneinschusse als Ausschusse glatte Ränder und überraschend geringe Hirnerscheinungen. Bei Rinnenschüssen war die Tabula interna in weiter

Ausdehnung gesplittert. Ein Geschoss, das über dem linken Auge eingetreten war, blieb ohne Hirnsymptome in der Schädelhöhle, wie durch Radiographie nachgewiesen wurde, noch 15 Monate nach Verwundung.

8) 53 penetrirende Brustwunden hatten nur eine Sterblichkeit von 24,5%, mehr als die Hälfte blieb dem Dienste erhalten. Doch waren häufig Komplikationen (Hämathorax, Pyothorax etc.) eingetreten, unter den 24 Kranken Greenleaf's bei 37%.

9) Perforirende Bauchwunden waren sehr gefährlich, von den 41 Verwundeten starben 29 = 70,7% an Chok oder Blutung, anscheinend aus kurzer Entfernung getroffen und von vorn herein hoffnungslos. Die 12 Genesenen schienen dagegen aus großen Abständen verwundet zu sein. 3 Laparotomien hatten keinen Erfolg.

10) Kleiderfetzen oder andere infektiöse Massen fanden sich nicht in den Schussröhren.

Die beiden im Hospitalschiffe »Relief« und im Hauptreservelazarette zu Key-West stationirten Röntgenapparate erwiesen sich sehr nützlich, und zwar für die Lokalisation der Geschosse, für die Bestimmung der Ausdehnung der Knochenverletzung, zumal in der Nachbarschaft der Gelenke, für die Erkennung von Rinnenschüssen und Durchlochung der Knochen ohne Bruch, endlich für Auffinden von Splittern, die Nerven oder Sehnen verletzten.

Bei 64 auf dem Schlachtfelde Gefallenen wurde die verletzte Körpergegend festgestellt; es waren verwundet:

26 = 40,6% am Kopfe,
19 = 29,6% am Unterleibe,
17 = 26,5% an der Brust,
1 = 15,6% am Oberschenkel,
1 = 15,6% am Unterschenkel.

Eine Tabelle giebt eine vergleichende Statistik über die Verwundungen im Bürger- und im Kubanischen Kriege, in der der erhebliche Unterschied der Sterblichkeit unter den Brustwunden mit 11,40% gegen 27,85% auffällt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

14) **Finot.** La service de santé de l'avant à la colonne de Sikasso (Soudan français).

(Arch. de méd. et de pharm. militaires. 1900. No. 7.)

Verf. war einer zum Vormarsche im französischen Sudan bestimmten Kolonne von 1618 Mann Kopfstärke, darunter 90 Europäer, als Chefarzt beigegeben und hatte gleichzeitig den speciellen Truppendienst so wie auch den Dienst bei einer Ambulance zu versehen. Außer diesen Kombattanten waren der Kolonne noch in wechselnder Zahl 300—1500 eingeborene Träger beigegeben, 22 davon der Ambulanz, welcher 1 Sänitätskorporal, 1 Sanitätssoldat und 4 Hilfssanitätssoldaten zugetheilt wurden. Jede Truppeneinheit erhielt einen kleinen Medicin- und Bandagenkasten, in welch letzterem die Verbandpäckchen (Pansements individuels) die Hauptrolle spielten, wie auch in den Ambulanzkästen. Da nur wenige Krankentragen vorhanden waren, improvisirte sich F. deren eine ganze Anzahl aus gewöhnlichen Hängematten.

Im Ganzen kamen 173 Verwundungen vor, etwa 10% der Truppe, abgesehen von 11 Verwundeten der Trägerkolonne, über welche merkwürdigerweise nicht mit berichtet wird. Von den 163 wichtigeren Verwundungen betrafen 69 die unteren, 45 die oberen Gliedmaßen, 28 den Rumpf und 21 den Kopf und Hals. Rasch geheilt wurden nur 10, darunter 1 nicht penetrirende Brust- und 1 Kopfwunde, 2 Hals-, 2 Arm-, 2 Hand-, 2 Unterschenkel-, sämmtlich nur Weichtheilwunden. Nach rückwärts gelegenen Lazaretten wurden evakuirt 135, wogegen 17 bereits in der Ambulanz starben. Diese vertheilten sich auf die Verwundungen der einzelnen Körperregionen folgendermaßen: Wunden des Rumpfes 10 = 35,7, des Kopfes und Halses 3 = 14,3, der oberen Gliedmaßen 2 = 4,4, der unteren 2 = 2,9%. Von den 8 penetrirenden Bauchwunden endeten innerhalb weniger Stunden 6 oder 75% tödlich, entsprechend den Erfahrungen aus älterer Zeit. Auch die Sterblich-

keit unter den 7 penetrirenden Brustwunden mit 2 = 28,6% ist vergleichsweise recht hoch gegenüber den sonstigen Erfahrungen in der Ära der kleinkalibrigen Feuerwaffen.

Sehr groß ist verhältnismäßig die Zahl der sofort vor dem Feinde Gefallenen und der alsbald Gestorbenen, welche zusammen 63 beträgt, d. h. also 3,28% der ganzen Truppe oder 27,9% aller Verwundeten und Gefallenen zusammen; auf je 1 Gefallenen kommen 3,5 Gesammtverlust. Leider konnte nur an 22 der Sitz der tödlichen Verwundung festgestellt werden, 5 hatten Wunden des Schädels, 3 des Halses, 9 der Brust, 4 des Unterleibes, 1 der Hüftgegend. Freilich sind diese Zahlen zu klein für eine zuverlässige Statistik, doch bleibt die große Zahl der sogleich tödlichen Brustschüsse auffallend.

Weiter hat Verf. versucht, die Art des verwundenden Geschosses und Gewehres festzustellen. Da dies jedoch nur nach der Kleinheit der Einschussöffnung u. dgl. zu schätzen ist, kann von sicheren Ergebnissen nicht die Rede sein.

Hinzufügen wollen wir noch, dass für die Verbände Kohle mit Karbolsäure getränkt verwendet und für den Sturm vorher in Vorrath hergestellt wurde, so wie dass stets auch Karbollösungen benutzt wurden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

15) **Olivier.** Hémisection de la moëlle épinière dorsale par coup d'épée-baionnette du modèle 1886.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1900. September.)

16) **Sieur** (Paris). Des plaies pénétrantes de l'abdomen produites par l'épée-baionnette Lebel.

(Ibid. November u. December.)

1) Ein Soldat erhielt, als er nach unten gebückt auf seinem Bette saß, einen Stich in den Rücken mit dem Haubajonett, welches dort stecken blieb und erst herausgezogen werden musste; es zeigte keine Scharte. Die kleine dreieckige Wunde befand sich 3 cm links von der Mittellinie zwischen 9. und 10. Rückenwirbel, aus ihr sickerte etwas Blut, keine seröse Flüssigkeit. Sofortiger Eintritt beiderseitiger motorischer Lähmung, rechts von der Fußsohle bis zur Crista ileum. Hauthyperästhesie, links Unempfindlichkeit gegen Schmerz und thermische Reize; nur die Cremasterreflexe sind erhalten, wenn auch abgeschwächt, Knie- und Achillessehnenreflexe beiderseits aufgehoben; Harn und Stuhl zurückgehalten; nur flüchtige Schmerzen nach dem Zwerchfelle zu; Abends leichte Temperaturerhöhung; abwartende Behandlung. Im Verlaufe traten Erscheinungen einer Meningomyelitis auf, welche etwa 14 Tage anhielten. Dann aber begannen sämmtliche Erscheinungen zurückzugehen, zuerst die Lähmung der Harnblase und des Darmes, dann die der Beine. Nach 9 Monaten besteht noch Unmöglichkeit sich aufzurichten, die Reflexe kehren zurück, bleiben rechts etwas verstärkt, die verschiedenen Arten der Empfindung sind etwas herabgesetzt, links mehr als rechts, nur der rechte Fußrücken bleibt hyperästhetisch; namentlich rechts ist noch motorische Schwäche, besonders in den Extensoren und Flexoren, das rechte Bein ist dünner; an diesem bestehen auch Kontrakturen, der rechte Fuß ist nach innen gezogen. Nach längerer Zeit bessern sich die motorischen Lähmungen noch weiter, so dass der Mann sich selbst erheben und mit Hilfe von Krücken auch fortbewegen kann, das rechte Bein bleibt aber dünner und schleppt nach.

Diese Krankengeschichte ist sehr interessant, entspricht durchaus der Annahme einer rechtsseitigen Halbsektion.

2) S. stellt eine Anzahl von 20 Verwundungen des Unterleibes durch das Bajonett zusammen; 8mal war der Bauch von einer Seite bis zur anderen durchbohrt, 12mal die Waffe 5—25 cm eingedrungen. Von Letzteren starben 4, von Ersteren nur 1, zusammen 5 in wenigen Minuten bis Stunden', und zwar nur 1 an peritonitischen Erscheinungen, die Anderen an Blutung. Von den 15 Genesenen hatten die Meisten überhaupt gar keine Erscheinungen, so dass S. zu dem Schlusse gelangt, dass die Dünndarmschlingen dem langsam eindringenden Bajonett aus-

gewichen und überhaupt nicht verletzt worden seien. Um diese Möglichkeit festzustellen, machte S. nun Versuche an 6 Hunden, doch fand er bei ihnen 5mal Darmwunden, was er auf die Dicke und Unnachgiebigkeit der Darmwandungen bei diesen Thieren zurückführt. Er stellte daher auch an menschlichen Leichen, deren Unterleib noch nicht erkaltet, wo die Dünndärme also noch schlüpfrig und elastisch waren, weitere Versuche an und fand unter 13 Versuchen nur 7mal Darmverwundungen, sei es allein oder in Verbindung mit Verwundungen von Drüsen oder Gefäßen.

Hieraus schließt nun S., dass die Bajonettwunden des Unterleibes relativ gutartig seien, unterscheidet aber 3 Regionen des Leibes, je nach der Gefährlichkeit dieser Wunden. Die meist gefährdete Gegend ist die nach vorn und unmittelbar zu beiden Seiten von der Wirbelsäule, wo sich die großen Gefäße, Speiseröhre, Pylorus, der Hilus der Leber und Nieren, so wie die weniger beweglichen Theile des Duodenums und der Dickdarm befinden. Weniger gefährdet ist die Gegend der Leber und des Magens, zumal wenn letzterer leer ist. Am wenigsten gefährlich sind die Verletzungen der weiter nach vorn und mehr seitlich gelegenen Zone, überall da, wo die Därme und Gefäße länger angeheftet sind und nicht auf festem Grunde aufliegen. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Einige Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Prof. v. Gubaroff „Über ein Verfahren zur Restitution des durchschnittenen Ureters vermittels direkter Vernähung desselben“.

Von

Prof. ***A. d'Antona*** *in Neapel.*

Das von Prof. Gubaroff als eigen angegebene Verfahren ist schon im März 1887 auf Grund zahlreicher Thierversuche von Poggi[1] *vorgeschlagen worden und von mir im Jahre 1895 mit ausgezeichnetem Erfolge klinisch erprobt. Es handelte sich damals um die bei der Ausschälung einer großen intraligamentären Cyste stattgefundene Durchschneidung des rechten Harnleiters, und ich versuchte die Invagination des oberen Endes in das untere, indem ich das obere mit 3 Katgutschlingen versah und dieselben durch die Wand des unteren Endes von innen nach außen durchzog, so dass bei Knüpfung der Fäden das obere Ende in das untere invaginirt wurde. Die Invagination wurde mit anderen oberflächlichen Nähten gesichert, und der Fall kam nach 2 Wochen zur Heilung. Prof. Gubaroff will sich die Invagination dadurch erleichtern, dass er den freien Rand des unteren Endes spaltet; aber auch diese kleine Änderung ist schon von Boari in seinem ausgezeichneten Buche*[2] *auf p. 156 abgebildet worden, und dort findet man p. 139 u. f. auch meinen Fall in extenso berichtet. Ich hätte von dieser Bemerkung Abstand genommen, wenn ich nicht leider schmerzhaft empfunden hätte, dass man, wie Boari in der Vorrede seines erwähnten Buches betont, sehr leicht die italienischen Errungenschaften übersieht.*

[1] *A. Poggi, La guarigione immediate delle ferite trasversali dell' uretere. Riforma med. 1887. No. 53 u. 54.*

[2] *A. Boari, Chirurgica dell' uretere. Roma, Soc. Editrice Dante Alighieri 1900.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. Sonnabend, den 16. März. 1901.

Inhalt: XXX. Chirurgenkongress.

I. **K. Ludloff,** Hilfsmittel zur Demonstration und zum Studium der Röntgenplatten. — II. **W. Reinhard,** Ein Beitrag zur Äthernarkose. — III. **F. Franke,** Das Benzin in der Chirurgie. (Original-Mittheilungen.)

1) **Strauss,** Harnröhreneinspritzungen. — 2) **Goldberg,** Urethrotomia int. — 3) **Kreissl,** Prostatahypertrophie. — 4) **Kulisch,** Cystoskopie. — 5) **Kreissl,** Blasengeschwür. — 6) **Casper** und **Richter,** Nierendiagnostik. — 7) **Giani,** Unterbindung der Nierengefäße. — 8) **d'Urso** und **de Fabii,** Ureteroheteroplastik. — 9) **Albarran,** Neubildungen von Nierenbecken und Harnleiter. — 10) **Hirst,** Coccygodynie. — 11) **Müller,** Hängende Schultern. — 12) **Schoch,** Schulterverrenkung. — 13) **Goldflam,** Pseudovaginitis capitis longi bicipitis. — 14) **Luksch,** Ellbogenverrenkung. — 15) **Solger,** Schenkelsporn. — 16) **Höflinger,** Hüftverrenkung. — 17) **Bossi,** Genu valgum. — 18) **Honi** und **Bukovsky** Beingeschwüre.

E. Glückel, Ein Fall von Druckstauung. (Original-Mittheilung.)

19) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 20) **Völcker,** Eisenbahnverletzungen. — 21) **Paffrath,** Hals-Brustverletzung. — 22) **Bergmann,** Herzruptur. — 23) **Pagenstecher,** Zur Herzchirurgie. — 24) **Koch,** Pneumotomie. — 25) **Bouglé,** Skiaskopie eines Katheterstückes in der Blase. — 26) **Delbet,** Harnleiterfistel. — 27) **Lennander,** Pyonephrose. — 28) **Marwedel,** Hypospadieoperation. — 29) **Lediard,** 30) **v. Eiselsberg,** Aneurysmen. — 31) **Eve,** Sarkom des Radius. — 32) **Audry** und **Dalous,** Atrophie der Handflächen.

XXX. Chirurgenkongress.

Um möglichst rasch nach alter Weise im Centralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden. ***Richter.***

I.

(Aus der Kgl. chirurgischen Klinik zu Königsberg [Prof. v. Eiselsberg].)

Hilfsmittel zur Demonstration und zum Studium der Röntgenplatten.

Von
Privatdocenten Dr. **K. Ludloff.**

In der Königsberger chirurgischen Klinik werden schon seit mehreren Jahren zur Demonstration und zum Studium von Röntgenaufnahmen ganz ausschließlich die Plattennegative verwandt. Sollten die Bilder einem größeren Publikum demonstrirt werden, so hatten wir das bisher mit Hilfe des Skioptikons und verkleinerter Diapositive gethan. In der jüngsten Zeit haben wir den Hirschmann-schen Apparat zur Demonstration der Originalplatten selbst benutzt. Dieser Apparat besteht im Wesentlichen aus einem Kasten auf einem leicht transportablen Stativ. Ins Innere dieses Kastens werfen ein Stern von elektrischen Lampen und mehrere Spiegelflächen ihr Licht auf eine matte Scheibe. Vor dieser ziemlich gleichmäßig diffus erleuchteten Fläche werden in passenden Blendrahmen die Plattennegative aufgestellt. In einem sonst total verdunkelten Zimmer leistet diese Vorrichtung wirklich Vorzügliches, besonders wenn man je nach der »Dichtigkeit« der Platten das Licht abstuft.

Aus theoretischen Erwägungen kam ich dazu, derartig gleichmäßig und gut durchleuchtete Platten mit einem scharfen Theaterglase in einer Entfernung von 3—10 m zu betrachten, und war nun ganz erstaunt, um wieviel deutlicher die Bilder hierdurch wurden. Bei großen Platten von Becken, Wirbelsäulen und Köpfen wurde das besonders frappant. Selbst flaue Negative erschienen viel kontrastreicher und zeigten mehr Details als bei größerer Nähe mit bloßem Auge, wo häufig die Helligkeit störend einwirkte.

Ein Hauptvortheil liegt eben darin, dass man die großen Platten auf diese Weise auf einmal ganz übersieht, ohne dass hierdurch die Details verschwinden. Auffallenderweise erscheinen durch das Opernglas die Bilder, hauptsächlich die Beckenphotogramme, viel plastischer.

Es ist selbstverständlich, dass zu diesem Zwecke nicht gerade der Hirschmann'sche Apparat unbedingt nothwendig ist, und dass ein Fenster (nach Norden) mit passenden Blendrahmen und Vorhängen in einem Dunkelzimmer dasselbe leisten kann, aber für uns ist es doch sehr angenehm, durch diesen »Beleuchtungskasten« bei der Betrachtung mit dem Opernglas unabhängig vom Tageslicht und von der Witterung zu sein.

Ähnliche Vorzüge ergeben sich übrigens für das genauere Studium, wenn man die kleinen Diapositive (8:10) auf dem Retouchirgestelle in sonst verdunkeltem Zimmer durch eine Lupe mit großem

Durchmesser, einem sog. Leseglas, betrachtet. Auch hier ist man erstaunt, dass sich Manches plötzlich enthüllt, was man vorher auf der Originalplatte zuerst übersehen hatte.

Nach unseren Erfahrungen also können wir diese beiden einfachen und billigen Hilfsmittel nur bestens zur Anwendung empfehlen.

II.

(Aus dem Diakonissen-Krankenhause zu Kaiserswerth. Dirig. Arzt Dr. Lympius.)

Ein Beitrag zur Äthernarkose.

Von

Dr. W. Reinhard.

Angeregt durch eine Veröffentlichung von Herrn. Dr. Hoffmann in No. 3 dieses Centralblattes möchte ich zur Frage der Äthernarkose im Nachstehenden einen weiteren Beitrag liefern.

Zu den übelsten und unangenehmsten Nebenerscheinungen der Äthernarkose gehört die manchmal ganz kolossale Absonderung von Speichel und Schleim seitens des Mundes und der Respirationsorgane, als deren Folgeerscheinungen Lungenaffektionen: Bronchitiden, Pneumonien, bekannt sind. Schon seit einigen Jahren wird im hiesigen Krankenhause bei Äthernarkosen Zwecks Einschränkung dieser Sekretion Atropin mit bestem Erfolge verwandt. Pneumonien und Bronchitiden kommen nach Äthernarkosen kaum vor. Allerdings giebt es ja im Verlaufe der Narkose und Operation noch andere Momente, welche Pneumonien hervorzurufen im Stande sind, aber die post operationen auftretenden Lungenkomplikationen, die der Schleim- und Speichelsekretion zur Last zu legen sind, werden durch Atropingabe auf ein Minimum beschränkt. Zweckmäßig kann man Atropin mit Morphin oder Codeïn verbinden.

Atropini sulf. 0,01
Morphin. muriat. 0,2
Aq. dest. 10,0.
MDS. Zur subkutanen Injektion.

Davon wird nach den Verhältnissen $^1/_2$—1 Spritze $^3/_4$—1 Stunde vor der Einleitung der Narkose injicirt.

Üble Folgeerscheinungen wurden nie bemerkt, zumal da ja auch das Morphin im Stande ist, die meisten der unangenehmen Wirkungen des Atropins zu paralysiren. Zuweilen gaben Pat. auf Befragen an, Trockenheit und Kratzen im Halse zu verspüren. Es wäre ferner noch zu erwähnen, dass Atropin Herzschwäche und Schwäche des Athemcentrums in der Medulla oblongata zu heben und so einen guten Verlauf der Narkose auch in dieser Hinsicht nicht unwesentlich zu unterstützen vermag.

III.

Das Benzin in der Chirurgie.

Von

Dr. Felix Franke,

Chefarzt des Diakonissenhauses Marienstift zu Braunschweig.

Mit Rücksicht auf den durch die drohende Steuer bald höher steigenden Preis des Äthers erlaube ich mir die Herren Kollegen auf den für manche Fälle vollen Ersatz desselben durch das Benzin hinzuweisen, das meines Wissens trotz einiger Vortheile, die es vor dem Äther voraus hat, bei Weitem noch nicht von den Ärzten und insbesondere den Chirurgen in dem Maße angewandt wird, als es verdient. Ich selbst bediene mich seiner in der Privatpraxis und im Krankenhause schon seit Jahren, bekam allerdings im Anfange und bekomme auch jetzt noch öfters nach meiner Empfehlung desselben höchst verwunderte Gesichter zu sehen, dass ich das »Fleckenwasser« für den Menschen gebrauche.

Ich verwende es nur äußerlich zur Reinigung der Haut. Mit Theer und Fett beschmierte Hände der Fabrikarbeiter, Eisenbahnangestellten u. A. werden schnell mittels Benzins gereinigt, Salbenreste lassen sich mit seiner Hilfe leicht entfernen etc., die Ablösung der so gut klebenden verschiedenen Kautschukpflaster, deren einfache Ablösung dem Kranken oft nicht unerhebliche Schmerzen verursacht, geht leicht und schmerzlos von Statten, wenn man mit einem benzingetränkten Tupfer oder Wattebausch nach erster Ablösung einer Ecke des Pflasters fortwährend beim Abziehen zwischen Haut und Pflaster nachstreicht. Weitere Verwendung, z. B. zur Flüssigermachung von Ölen und Fetten, ergiebt sich von selbst.

Auf die gewöhnlichen Eiterbakterien scheint das Benzin nach allerdings nur spärlichen, von meinem Assistenten, Herrn Wiehe, angestellten Versuchen ohne erheblichen Einfluss zu sein.

Vor dem Äther hat das Benzin für die besprochene Anwendungsweise folgende hauptsächliche Vortheile: es ist bedeutend billiger, was für irgend größere Betriebe schon in die Wagschale fällt; es kühlt die Haut nicht so unangenehm ab wie der Äther; auch auf zarter Haut und selbst auf Wunden, z. B. oberflächlichen Hautabschürfungen, die in Berührung mit Äther heftig brennen, erzeugt es keinen Schmerz, höchstens, aber selten, ein leichtes Brennen.

Irgend welche Nachtheile sind mir beim jahrelangen Gebrauche des Benzins bisher nicht aufgefallen. Der Geruch ist manchen Kranken angenehmer, als der des Äthers, zumal solchen, die schon einmal narkotisirt sind und durch den Äthergeruch wieder an die Narkose erinnert werden.

---

1) **A. Strauss.** Über die Funktion des Harnröhrenschließapparates bei Injektionen.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1900. No. 12.)

Verf. stellt sich die Frage: Gelangt bei den mit den gebräuchlichen Tripperspritzen vorgenommenen Einspritzungen in die Harnröhre ein Theil der injicirten Flüssigkeit in die Pars posterior oder in die Blase? Durch in 2 Tabellen angeführte Versuche zeigt er, dass, wenn man nur so lange und so viel einspritzt, bis Spannungsgefühl in der Harnröhre eintritt, alle Flüssigkeit wieder aus derselben entleert wird, dass aber, wenn man mehr einspritzt, ein Theil zurückbleibt. Er verneint daher obige Frage und behauptet, dass bei den gebräuchlichen Einspritzungen, falls die Spritze nicht mehr als 40 ccm fasst, der Stempel leicht verschiebbar ist und der Kranke langsam, gleichmäßig so viel injicirt, als in seiner Harnröhre Platz findet, so dass er kein Spannungsgefühl bekommt, keine Flüssigkeit in den hinteren Theil der Harnröhre dringen wird. Die Flüssigkeitsmenge, die sich auf diese Weise injiciren lässt, ist verschieden; sie bleibt bei entzündlichen Zuständen der Harnröhre meist unter 10 ccm (5—8 ccm).

Brunner (Zürich).

---

2) **B. Goldberg.** Die Urethrotomia interna.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 393.)

Während die Intra-urethrotomie im Auslande tausendfach ausgeführt und sehr geschätzt wird, ist sie in Deutschland bekanntlich wenig beliebt und anerkannt. G., in Wildungen prakticirend, tritt in dieser Arbeit energisch für sie ein und bringt als Beleg für seine Empfehlungen die Erfolge seiner eigenen einschlägigen Operationserfahrungen bei, die allerdings recht gut sind, aber sich nur auf 9 Fälle erstrecken.

G. hält sich in der Technik an Guyon. Danach ist das Maisonneuve'sche Instrument zu benutzen und der Schnitt in die obere Harnröhrenwand anzulegen, wobei strenge Antisepsis unerlässlich ist. Zur Nachbehandlung ist ein Verweilkatheter einzulegen, welcher um 2—3 Charrièrenummern dünner ist, als die Schneide des gebrauchten Messers, und durch welchen desinficirende Injektionen von Höllenstein- bez. Borsäurelösung zu machen sind. Anästhesie bei der Operation ist unnöthig.

Eine Mortalität ist der Operation als solcher nicht zuzuschreiben, eben so wenig Gefahr irgend welcher Komplikationen, als Blutung, Urininfiltration, Infektion oder Fieber. Im Gegentheil wird letzteres, so weit es durch Stauung inficirten Harnes bedingt ist, rasch nach einer gelungenen Operation beseitigt, und gilt das zur Zeit bestehende »pleine fièvre« in Guyon's Klinik durchaus nicht als Gegenanzeige gegen die Vornahme derselben. Um das Resultat der Operation aber zu einem dauernden zu machen, ist, wie auch nach

den konkurrirenden Heilmethoden, insbesondere auch der Extraurethrotomie, eine Bougienachbehandlung im Allgemeinen unentbehrlich.

Die einschlägige Litteratur (Verzeichnis von 36 Nummern) ist herangezogen. Man gewinnt aus der Abhandlung den Eindruck, dass die empfohlene Operation eine sehr leistungsfähige ist, vorausgesetzt, dass der Operateur ein genügendes Instrumentarium und Geschicklichkeit besitzt und — was unerlässlich sein dürfte, aber von G. nicht hervorgehoben wird — dass die Striktur mit einem Filiformbougie zu passiren war! **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

3) **Kreissl.** The management of senile enlargement of the prostate, with especial reference to the galvanocaustic radical treatment.

(Transactions of the Illinois state med. society.)

K. empfiehlt die Bottini'sche galvanokaustische Incision besonders für beginnende Fälle von Prostatahypertrophie, bei denen wenig oder gar kein Resturin vorhanden ist. Zum Erfolge der Kur ist erforderlich, dass der Arzt völlig vertraut ist mit intra-urethralen und vesicalen Operationen, den Bottini'schen Apparat und seine Handhabung genau kennt, der Diagnose der Prostatahypertrophie völlig sicher ist und sich auch der Lage der einzelnen Prostatalappen genau versichert hat. Sehr wichtig ist richtige Hitze des Brenners und richtige Dauer ihrer Anwendung, wodurch Blutungen vermieden werden. Für Operationen nach ungenauer Diagnose und deren üble Folgen führt K. mehrere Beispiele an.

Trapp (Bückeburg).

---

4) **G. Kulisch.** Über Cystoskopie.

(Sonder-Abdruck aus »Deutsche Praxis« 1900. No. 11, 14—18.)

Der Vortrag giebt ein gedrängtes Bild von der Entwicklung der Cystoskopie bis zum heutigen Tage. Die verschiedenen Methoden des Verfahrens werden kurz beschriebeu und die Grenzen der Leistungsfähigkeit genau festgestellt. Dass Verf. die Verdienste von Hitze ganz besonders anerkennt, ist nicht mehr als recht und billig.

P. Wagner (Leipzig).

---

5) **Kreissl.** The rational treatment of vesical ulcer.

(Chicago med. record 1900. December.)

Für die selten vorkommenden einfachen Blasengeschwüre empfiehlt K. die galvanokaustische Ätzung nach Ausschabung, Beides auf cystoskopischem Wege ausgeführt. **Trapp** (Bückeburg).



6) **L. Casper** und **P. F. Richter.** Funktionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1901. 155 S. Mit 2 Holzschnitten.

Durch die Fortschritte der physikalischen Chemie und durch die Einführung der Harnleitersondirung in die Praxis hat die Nierendiagnostik in den letzten Jahren einen erfreulichen Aufschwung genommen. Beide Verff. haben auf diesem Gebiete erfolgreich mitgearbeitet, und sie übergeben nunmehr das Material, das sie im Laufe der letzten Jahre gesammelt und untersucht haben, der Öffentlichkeit.

Es sind zwei Richtungen, in denen wir von der funktionellen Nierendiagnostik Aufschlüsse erwarten: 1) Wir haben zu untersuchen: Wie verschaffen wir uns eine Vorstellung von der Größe der gesammten Nierenarbeit, und wie können wir schließen, ob diese Arbeit eine für den Organismus ausreichende oder nicht genügende ist? 2) Wie gewinnen wir einen Einblick in die Art der Arbeitstheilung der beiden Nieren, wie stellen wir fest, wie groß die Arbeit jeder einzelnen Niere ist?

Bei chirurgischen Niereneingriffen ist es nicht nur nothwendig zu wissen, dass eine zweite secernirende Niere vorhanden ist, sondern man muss sich auch darüber Rechenschaft ablegen, ob diese zweite Niere in normaler Weise so funktionirt, dass sie beim Fortfall der anderen die Funktionen dieser zu übernehmen vermag. Zur Entscheidung dieser Frage sollen alle hierfür angegebenen Untersuchungsmethoden herangezogen werden: bald wird die eine allein, bald werden mehrere zusammen zum Ziele führen. Die sicherste von allen ist die Cystoskopie in Verbindung mit dem Harnleiterkatheterismus. In den höchst seltenen Fällen, in denen die Operation drängt und die Beleuchtungsmethoden zu zeitraubend sind, ist ausnahmsweise ein blutiger Eingriff am Platze.

Das Resultat ihrer Untersuchungen und Befunde fassten die beiden Autoren in folgenden Sätzen zusammen: 1) Die Insufficienz der Nieren lässt sich aus der Untersuchung des Nierensekretes allein nicht feststellen. Die einzige, theoretisch begründete Methode hierfür ist die Untersuchung der molekulären Blutkoncentration nach Koranyi. Es wird Aufgabe der Nierenchirurgie sein, in größerem Umfange als bisher die Grenzen dieser Methode und ihre praktische Verwerthbarkeit darzuthun. 2) Dagegen lässt sich aus dem Nierenprodukt, dem Harne, die Größe der Arbeit jeder Niere (funktionelle Nierendiagnostik) bestimmen, aber nur mit Hilfe des Harnleiterkatheterismus.

Die in Anwendung kommenden beweiskräftigen Methoden hierfür sind: a. Die quantitative Bestimmung einzelner chemischer Bestandtheile in dem getrennt aufgefangenen Nierensekrete, insbesondere des Stickstoffes. b. Werthvoller als diese erweist sich die Bestimmung der molekularen Koncentration des Sekretes jeder Niere. c. Den

allgemeinen Indikator für die Größe der Nierenfunktion liefert die Phloridzinmethode, d. h. die quantitative Bestimmung der nach Phloridzininjektion von jeder Niere ausgeschiedenen Zuckermenge. d. Besonderer Werth ist auf die Übereinstimmung dieser Indikatoren zu legen, von denen namentlich die zwischen den Resultaten der Gefrierpunkts- und Phloridzinmethode eine sehr ausgesprochene ist. e. Es ist für diese Methode nicht erforderlich, den Harn aus beiden Nieren, event. aus einer Niere und Blase während einer längeren Zeitdauer getrennt aufzufangen, sondern es genügt, da es sich nur um Vergleichswerthe handelt, hierfür die kurze Zeit von 10 bis 20 Minuten.

P. Wagner (Leipzig).

---

7) **R. Giani.** La legatura dei vasi dell' ilo renale.

(Sperimentale 1900. No. 6.)

Experimente an Hunden. Transperitoneal (um die Cirkulation der Nierenkapsel nicht zu stören) werden unterbunden a. Nierenarterie, b. Nierenvene, c. Arterie und Vene zusammen.

a. Es entsteht eine anämische Nekrose des gesammten Nierenparenchyms; Albuminurie und Hämaturie. Der Eingriff kann überstanden werden. Nach $2^1/_2$ Stunden tritt Kollateralkreislauf von den Kapselarterien her auf. Das Bindegewebe der Rinde bleibt lebensfähig und wuchert, wodurch eine Art narbiger Schrumpfung eingeleitet wird.

b. Es entsteht zuerst Stase; allmählich bildet sich der Kollateralkreislauf aus, wodurch die Störung allmählich ausgeglichen wird. Das Parenchym zeigt Koagulationsnekrose oder fettige Degeneration und Desquamation, welcher unter Karyokinese eine Regeneration so wie Bindegewebsvermehrung folgt.

c. Alle Versuchsthiere starben. Totale Nekrose des Organs. Suppressio urinae. Als Ursache wird die Bildung toxischer Produkte und ihre Aufnahme in den Kreislauf angeschuldigt. Der Einwurf, der hiergegen leicht zu machen ist, dass dann doch auch bei der Unterbindung der Arterie allein dies der Fall sein müsste, wird nicht erhoben.

Bei Verletzungen der Nierenarterie allein oder von Arterie und Vene ist die Nephrektomie zu machen, bei Verletzung der Vene allein genügt die Unterbindung des Gefäßes.

A. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

8) **G. d'Urso** et **A. de Fabii.** Recherches expérimentales sur l'urétéro-étéroplastique.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1900. No. 11.)

Nach der Ansicht der Verff. hat von allen den verschiedenen Methoden der Wiederherstellung der Kontinuität des Harnleiters das Verfahren der latero-lateralen Anastomose nach Monari die größten Vorzüge, obwohl es bisher am Menschen noch nicht zur Ausführung

gelangt ist. Verff. haben bei ihren Experimentaluntersuchungen eine Reihe von technischen Verbesserungen ersonnen und dadurch die Ausführung der Monari'schen Operation erleichtert und ihren Erfolg gesichert.

Die weiteren Untersuchungen der Verff. betreffen heteroplastische Methoden zur Wiederherstellung der Harnleiterkontinuität. So haben sie bei partieller Harnleiterplastik bei Hündinnen mit Erfolg das eine Uterinhorn interponirt und glauben, dass man beim Weibe die Tube für derartige Interpositionen benutzen kann. Es ist fernerhin auch möglich, einen Harnleiterabschnitt durch eine von der intestinalen Cirkulation isolirte Dünndarmschlinge zu ersetzen. In seinem ganzen Umfange kann der Harnleiter stückweise durch eine isolirte Dünndarmschlinge ersetzt werden, die nach unten direkt in die Blase eingepflanzt wird. Eine derartige totale Uretero-Enteroplastik verursacht weniger Störungen, als eine partielle.

In wie weit diese sicher sehr interessanten experimentellen Untersuchungen beim Menschen praktische Verwerthung finden können, muss weiteren Erfahrungen vorbehalten bleiben.

P. Wagner (Leipsig).

---

9) **J. Albarran.** Néoplasmes primitifs du bassinet et de l'uretère.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1900. No. 7, 9, 11.)

Die primären Neubildungen des Nierenbeckens und des Harnleiters sind sehr selten. Nach der histologischen Beschaffenheit unterscheidet man epitheliale Neubildungen: Papillome und Epitheliome, und vom Mesoderm ausgehende Neubildungen: Sarkome, Myxome und Rhabdomyome.

I. Epitheliale Geschwülste. Am häufigsten sind hier die Papillome, von denen Verf. 18 Beobachtungen zusammenstellen konnte. Sie entwickeln sich meist im Grunde des Nierenbeckens und setzen sich dann nach dem Harnleiter zu fort; primäre Harnleiterpapillome sind ganz außerordentlich selten. Die Nierenbecken- und Harnleiterpapillome haben die größte Ähnlichkeit mit denen der Blase; fast stets handelt es sich um multiple Geschwülste. Von nicht papillären Epitheliomen konnte Verf. nur 13 Fälle zusammenstellen. Vom Ursprungsorte dieser Geschwülste gilt das Gleiche, wie von den Papillomen. Meist handelt es sich um alveoläre, seltener um cylindrische Epitheliome. Eine noch nicht genügend bekannte Form des primären Nierenbeckenkrebses ist das aus Leukoplasien entstehende Epithélioma pavimenteux. Die epithelialen Nierenbecken- und Harnleiterneubildungen können auf die benachbarten Organe weiter fortschreiten und zu ausgedehnteren Drüsenerkrankungen führen. Entwickeln sich die Geschwülste an der oberen Mündung des Harnleiters, so kommt es zu sekundärer Hydro-, Hämato- oder Pyonephrose. Die epithelialen Geschwülste treten am häufigsten zwischen dem 40. bis

60. Jahre auf und sind verschiedene Male gleichzeitig mit Nierenbeckensteinen beobachtet worden.

Die Symptome der primären Nierenbecken- und Harnleiterneubildungen sind in der Hauptsache die gleichen, wie die der primären Nierengeschwülste: Hämaturie, Geschwulstbildung, Schmerz. Manchmal gleichen die Symptome mehr denen der Nephrolithiasis, in vereinzelten Fällen endlich findet man nur die Zeichen einer renalen Retention aus zunächst unbekannter Ursache. Dieser klinische Polymorphismus hat bisher auch sehr erschwerend auf die Stellung einer sicheren klinischen Diagnose gewirkt. Nur in einem Falle von Israel und in 2 vom Verf. mitgetheilten Beobachtungen konnte vor der Operation die Diagnose auf Nierenbeckenpapillom gestellt werden. Und zwar kann sich die Diagnose namentlich auf 4 Thatsachen stützen: 1) Neben den Symptomen einer Nierengeschwulst findet sich gleichzeitig eine Hydro- oder Hämatonephrose. 2) Es wird eine Hämatonephrose festgestellt, ohne dass andere Nierenerscheinungen vorliegen. Hierbei ist natürlich zu beachten, dass eine solche Retention von blutigem Urin auch bei Nierentraumen, Nierensteinen und einfachen Hydronephrosen vorkommt. 3) Man findet in dem durch Harnleiterkatheterismus erhaltenen Harne Geschwulstzellen, und zwar entweder Cylinder- oder Pflasterepithelzellen. 4) Man sieht direkt durch das Cystoskop die aus der Harnleitermündung herausquellenden Geschwulstzotten. Vorsicht vor Verwechslung mit Blasenpapillomen, deren Implantationsstelle im Niveau der Harnleitermündung sitzt. Prognostisch sind sowohl die papillomatösen, als die nicht papillomatösen epithelialen Neubildungen als schwere Erkrankungen anzusehen. Die an und für sich gutartigen Papillome können sich jederzeit in bösartige Epitheliome umwandeln. Hieraus ergiebt sich für die Therapie die wichtige Folgerung, in allen Fällen, auch wenn sie anscheinend noch so gutartig sind, wenn irgend möglich, von vorn herein die totale Nephrektomie vorzunehmen, event. in Verbindung mit der totalen Ureterektomie. Man darf hierbei nicht vergessen, dass die mittleren Partien des Harnleiters vollkommen normal sein können, während der unterste Theil wieder Geschwulstmassen enthält. Setzen sich diese auch auf die Blasenschleimhaut fort, so muss dieser Theil der Schleimhaut von einem hohen Blasenschnitte aus resecirt werden.

II. Mesodermiale Neubildungen. Diese sind noch bedeutend seltener, als die epithelialen Geschwülste. Verf. konnte nur 7 hierher gehörige Beobachtungen zusammenstellen. Diese Geschwülste entwickeln sich entweder nach der Höhle des Nierenbeckens zu (cavitäres Wachsthum), oder sie wachsen excentrisch, ohne in das Nierenbecken oder den Harnleiter selbst einzudringen. Im ersteren Falle gleichen die Geschwülste mehr oder weniger gestielten Polypen und haben meist sekundäre renale Retentionen im Gefolge. Unter den 7 Fällen fanden sich ihrer histologischen Struktur nach 4 Rhabdomyosarkome, 1 Myxom, 1 Angiosarkom und 1 Endothelioma lympha-

ticum. Die Rhabdomyosarkome betrafen Kinder von einigen Monaten bis zu 5 Jahren. Im Übrigen gilt von den mesodermialen Geschwülsten des Nierenbeckens und des Harnleiters dasselbe, wie von den epithelialen.

Anhangsweise theilt Verf. noch eine neue Beobachtung von Nierenbeckenpapillom mit: Schwere, anscheinend essentielle Hämaturie; erst die Nephrektomie deckte die nähere Ursache der Blutung auf. **P. Wagner** (Leipzig).

---

10) **B. C. Hirst** (Philadelphia). Coccygodynie.

(Univers. med. magaz. 1900. Mai.)

Während in früheren Jahren die Gynäkologen der Coccygodynie größere Aufmerksamkeit geschenkt haben, scheint dieser Zustand neuerdings weniger Berücksichtigung zu finden. Er findet sich theils als Folge eines Falles auf das Gesäß, theils nach einer Geburt. Die leichteren Grade pflegen von selbst überzugehen, zumal nach Geburten, bei denen eine Dehnung der vorderen Bänder stattgehabt hat. Zuweilen aber zerreißt bei der Geburt eines der Gelenke, oder auch nur das vordere Längsband, oder endlich, wenn eine vollständige Ankylose der Gelenke zwischen den einzelnen Knochen besteht, entsteht eine Fraktur in Folge des Druckes des Kindeskopfes nach rückwärts. Ganz dieselben Kräfte, nur in umgekehrter Richtung sind beim Falle auf den Steiß in Thätigkeit, hier reißt aber das hintere Längsband. Die Anheftung von Sehnen und Bändern gestattet nun den getrennten Theilen nicht die nöthige Ruhe zum Verheilen, bei jedem Schritte, jedem Stuhlgange werden sie gezerrt.

Wie aber kommt nun die Coccygodynie zu Stande, wo weder eine Geburt noch ein Trauma nachzuweisen ist? Bei 2 Kranken dieser Art fand H. außer abnormer Beweglichkeit zwischen 1. und 2. Steißbeinwirbel eine auffallend weiche, dicke Scheibe zwischen den Knochen, alle anderen Gelenke aber waren fest ankylosirt. Werden nun durch irgend eine Ursache, z. B. Anstrengung, gewaltsamen Coitus, oder Abgang einer harten Kothmasse, die Bänder zu stark ausgedehnt, so reißen sie und heilen nicht wieder. Auch dürfte ein neurotisches Element noch hinzukommen.

An den 10 operativ behandelten Fällen fanden sich 6mal Zerreißung eines Gelenkes oder der Bänder, und zwar 2mal am ersten, 4mal am zweiten Gelenke; dabei war stets Verdickung und Erweichung der Intevertebralscheibe vorhanden. 1mal lag vollständige Ankylose des ganzen Steißbeines vor, welches in ganz gerader Linie vom Kreuzbeine nach abwärts verlief, so dass die Kranke jedes Mal beim Hinsetzen das Gefühl hatte, als setze sie sich auf einen Nagel; 2mal bestand Erweichung und Verdickung der Intevertebralscheibe des ersten Gelenkes mit Erschlaffung und Ausdehnung der Bänder. Endlich lag in einem wohl einzig dastehenden Falle ein Schrägbruch durch den 2. Steißbeinwirbel vor. Einen merkwürdigen Befund stellte H. an einer Kranken fest: es war früher einmal ein Gelenk

zerrissen oder ein Knochen gebrochen gewesen, das untere Fragment war dann im rechten Winkel zum oberen nach vorn hin dislocirt und fest verwachsen; hier fehlte der Schmerz, da keine Beweglichkeit vorlag, und damit auch jede Veranlassung zu einem Eingriffe.

Der größte Schmerz wird beim Hinsetzen und Aufrichten verspürt, und suchen die Kranken sich beim Hinsetzen leise auf einen Sitzknochen niederzulassen, während beim Erheben die Hände zu Hilfe genommen werden. Wenn man das Steißbein zwischen den Zeigefinger im Mastdarme und den Daumen in der Gesäßkerbe fasst, kann man das untere Fragment bewegen und zugleich eine scharfe Rinne zwischen den Bruchstücken fühlen. Bei mageren Individuen kann eine scharfe Knickung zwischen beiden Bruchstücken sogar zu einer Reizung der Haut führen, wie H. gesehen hat.

Die einzig mögliche Behandlung besteht in der operativen Entfernung, Coccygektomie. Immerhin thut man gut, einige Monate nach dem Unfalle oder der Geburt abzuwarten, ob nicht die Schmerzhaftigkeit wieder verschwindet, wie in der großen Mehrzahl der Fälle. Nur wenn die Schmerzen so erheblich sind, dass der Allgemeinzustand zu leiden beginnt, ist größere Eile nothwendig. Die Technik der Operation selbst, welche H. 10mal hat ausführen müssen, ist einfach, der Eingriff meist sehr lohnend. Einige Abbildungen der gewonnenen Präparate sind der Abhandlung beigegeben.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

---

11) **G. Müller.** Pathologie und Therapie der hängenden Schultern.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1900. No. 85 u. 86.)

Verf. will als selbständiges Krankheitsbild die Deformität der hängenden Schultern aufstellen, welches als solches in den Lehrbüchern der Orthopädie nicht berücksichtigt wurde. Die von ihm aufgeführten Symptome ähneln den von den Autoren sonst unter der habituellen Kyphose geschilderten. Die Therapie ist analog der dort üblichen und besteht hauptsächlich in Gymnastik, manueller und maschineller Redression, welche bezweckt, die Brust vorzuwölben und die Schultern zurückzuziehen. Demselben Zwecke dient bei hartnäckigen Fällen ein von M. modificirter Nyrop'scher Geradehalter. Die Modifikation beruht im Wesentlichen in dem Anbringen von Beckenbügeln, welche den Zweck haben, dem Apparate über dem Becken einen besseren Stützpunkt zu bieten; er ist in derselben oder ähnlicher Form auch von Andern bereits angewendet worden.

Drehmann (Breslau).

---

12) **E. Schoch.** Die irreponiblen Schulterluxationen und ihre blutige Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

Anschließend an einen Fall von irreponibler, mit Fraktur komplicirter Schulterverrenkung, bei dem Bommer durch Arthrotomie

ein vorzügliches Resultat erzielte, bringt S. eine Zusammenstellung und sorgfältige Sichtung der bisherigen Kasuistik (54 Fälle) und kommt hierbei zu folgenden Schlüssen:

1) Die Arthrotomie ist bei frischen, irreponiblen Luxationen des Schultergelenks das Normalverfahren.

2) Auch bei veralteten Fällen soll man zuerst die Arthrotomie versuchen, sie darf aber nicht unter allen Umständen erzwungen werden; ist vorauszusehen, dass bei der Operation der Kopf stark lädirt werde, so schreitet man zur Resektion.

3) Beherrschung der Asepsis ist zur Erzielung eines guten Resultates unbedingt nöthig.

Honsell (Tübingen).

---

13) **Goldflam.** Über Pseudovaginitis capitis longi bicipitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 52.)

G. hält die Entzündung der Bicepsscheide im Sulcus intertubercularis, die er in den letzten Jahren in 20 Fällen beobachtet hat, für keine seltene Affektion und glaubt, dass anstatt ihrer oft fälschlicherweise eine Entzündung des Schultergelenkes diagnosticirt werde. Der Nachweis, dass der spontane und der Druckschmerz nur an umschriebener, dem Sulcus entsprechender Stelle empfunden wird, dass Krepitation und Schwellung nur diese betreffen, die Unmöglichkeit, Bewegungen im Schultergelenke auszuführen, nur eine scheinbare, der Schmerz nur während mancher Phasen der Bewegung besonders heftig ist, sichern die Diagnose. G.'s zumeist akut nach Überanstrengungen entstandene Fälle kamen sämtlich zur Heilung.

Kramer (Glogau).

---

14) **L. Luksch.** Zur Arthrotomie bei veralteten Luxationen des Ellbogengelenkes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 413.)

Bei veralteten Ellbogenverrenkungen verdient vor der Resektionsmethode die Arthrotomie, verbunden mit präparatorischer Beseitigung der anatomischen Repositionshindernisse und gefolgt von Reposition, unbedingt den Vorzug, da sie — völlige aseptische Heilung vorausgesetzt — die besten funktionellen Resultate giebt. Die Asepsis der Heilung aber wird um so sicherer zu erreichen sein, je einfacher die Gelenkeröffnungswunde ist, die man anlegt. Zwar sind in der Königsberger Klinik, wie Bunge berichtet hat, auch Quertrennungen des Gelenkes, mehrfache Längsschnitte in dasselbe und völlige Skelettirung der Gelenkenden ohne Nachtheil ausgeführt, doch ist es richtiger, dergleichen zu vermeiden, wenn man es nicht nöthig hat. In der Grazer Klinik (Nicoladoni) hat sich, wie L. hier ausführt, ein einfacher radialer Längsschnitt als hinreichend erwiesen. Nach Eröffnung des Gelenkes kommt es vor Allem darauf an, die schwartigen dicken Bindegewebsmassen, welche sich in solchen Fällen in der Incisura semilunaris ulnae (der »Gelenkpfanne« des Ellbogens) und der Fossa supratrochlaris post. festgesetzt haben, sauber herauszu-

putzen. Die Schwielen von der Vorderseite des unteren Humerusendes werden mittels stark gekrümmten Elevatoriums stumpf losgehebelt. Hierauf kann man durch Zug am rechtwinkelig gebeugten Vorderarme, gefolgt von kurzer Streckung und Beugung, die Reposition ausführen. Event. kann auch ein direkter Druck auf das Radiusköpfchen von Nutzen sein.

3 Krankengeschichten geben Belege für die Zweckmäßigkeit der Methode; die einschlägige Litteratur ist angezogen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

15) **Solger.** Zur Kenntnis des Schenkelspornes und des Ward'schen Dreiecks.

(Separatabdruck aus den anatomischen Heften. Wiesbaden 1900.)

Nach S. ist der Schenkelsporn nicht ein Bezirk »zusammengedrängter Spongiosa«, sondern ein Stück der hinteren, von Hause aus kompakten Wand des Femurhalses, das, bei zunehmendem Längenwachsthum desselben und bei fortwährendem Nachrücken des Trochanter successive von unten nach oben fortschreitend, in das Innere des Schaftes aufgenommen wird. S. schließt sich in der Deutung Merkel's Ausführungen gegen Wolff an und erweitert dieselben. Überhaupt hält er es für geboten, uns von der von Meyer, Culmann, Wolff inaugurirten einseitigen Krahntheorie frei zu machen.

Bähr (Hannover).

---

16) **F. Höflinger.** Die operative Behandlung irreponibler traumatischer Hüftgelenksluxationen.

Inaug.-Diss. in Bern. (Zürich, **A. Markwalder,** 1900. 74 S., 2 Tafeln.)

Verf. theilt drei Fälle von irreponiblen Hüftverrenkungen, welche operativ behandelt wurden, aus der Praxis Kaufmann's in Zürich mit. Im Anschlusse hieran sammelt er die Analoga aus der Litteratur — 37 an Zahl — und bespricht an der Hand dieser Kasuistik die Art des operativen Vorgehens und seine Indikationen so wie einige hierbei in Betracht kommende pathologisch-anatomische Befunde. Bei 24 Fällen kam die Arthrotomie in Anwendung, doch mussten zwei von ihnen (Kaufmann's Beobachtungen) noch nachträglich resecirt werden (Fall 23 wegen schlechten funktionellen Resultates und Fall 24 wegen Nekrose des Kopfes). In den übrigen Fällen — 16 an Zahl — wurde sofort die Resektion ausgeführt. H. kommt nun zu dem Schlusse, dass bei diesen sonst irreponiblen Luxationen in Zukunft die Arthrotomie im Allgemeinen das Normalverfahren darstellen solle. Die Resultate derselben sind nämlich denen der Resektion, besonders bei jugendlicheren Individuen, bedeutend überlegen; denn in mehr als in der Hälfte der Fälle wurde eine normale oder gute Gelenkfunktion erzielt. Über die Technik der Arthrotomie will sich H. noch nicht entscheiden; doch redet er der durch Drehmann publicirten Methode von v. Mikulicz (temporäre Resektion des Trochanter major) als derjenigen, welche die Pfanne am schonend-

sten und besten zugänglich macht, sehr das Wort. Resecirt soll nur dann werden, wenn das Resultat der Arthrotomie dem der Resektion nachstehen würde, so wie bei hartnäckig fortdauernden Gelenkeiterungen. Auf diesen letzteren Punkt lenkt H. noch besonders die Aufmerksamkeit. Als Ursache derselben spricht er eine Totalnekrose des Femurkopfes an, die ihrerseits zum großen Theil ihren Grund in der Denudation des Schenkelhalses bei den das Femur von hinten angreifenden Operationsmethoden haben soll. Zwei derartige Fälle beobachtete Verf. bei **Kaufmann**. Allerdings lässt H. die Frage offen, ob eine bei der Operation erfolgte Infektion eine besondere Bedeutung für die Nekrose habe. Dem möchte sich auch Ref. anschließen; denn auf Grund der hier mitgetheilten Kasuistik dürfte dieser Verdacht in der That nicht ganz zurückzuweisen sein. Immerhin fällt die Häufigkeit der Eiterung nach Arthrotomie (50%) auf. Andererseits zeigten aber auch von den 16 resecirten Fällen (zum Theil wohl älteren Datums? der Ref.) 7 eine eitrige Sekretion. Nach Ansicht des Ref. dürfen aber auch nicht die Unzahl von größeren und kleineren Traumen, Quetschungen u. dgl., welche bei den der Operation meist vorangehenden vergeblichen Einrenkungsversuchen gesetzt werden, in ihrer Bedeutung als prädisponirende Momente für Infektion und Eiterung übersehen werden. Spätere Arbeiten müssen, wie H. richtig bemerkt, weitere Aufklärung bringen. Alles in Allem bietet die Studie H.'s mancherlei Anregung.

A. Most (Breslau).

---

17) **Bossi.** Dimostrazioni radiografiche degli effetti del raddrizzamento forzato nella cura del ginocchio valgo.

(Arch. di ortoped. 1900. No. 2.)

Das manuelle Redressement des Genu valgum wird besonders für das 10.—16. Jahr empfohlen. Sorgfältig und schonend ausgeführt, führt es immer zu einer Lösung der unteren Femurepiphyse, nie zu Ruptur des Seitenbandes oder Absprengung eines Condylus. Dies wird an der Hand mehrerer guter Röntgenaufnahmen von einigen Fällen des Istituto dei Rachitici in Mailand demonstrirt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

18) **J. Honl** und **J. Bukovsky.** Behandlung der Fußgeschwüre mit Bakterienproteïden.

(Verhandlungen der tschechischen Akademie der Wissenschaften Jahrgang VIII. Abtheilung II. No. 2.)

Die Verff. haben 60 Fußgeschwüre auf ihren Gehalt an Bakterien untersucht. Wider Erwarten fanden sie nur eine geringe Anzahl pathogener Bakterienarten. Am häufigsten kommen vor: Bac. pyocyaneus, dann Staphylococcus proteus und Bact. coli, selten Streptococcus und nur vereinzelt Pneumococcus Friedländer. Diese

Mikroorganismen vegetiren hier so hartnäckig, dass sie selbst durch wiederholte Ätzungen mit Karbolsäure nicht zu vernichten sind.

Verff. richteten ihre Behandlung gegen die Vermehrung der Bakterien und verwendeten Proteïde und andere Produkte von Bakterien, doch bewährten sich nur die Stoffwechselprodukte des Bac. pyocyaneus — Pyocyaneoplasmin oder Pyocyaneoproteïn —, und zwar gegen die verschiedensten Mikroorganismen. Behandelt wurden 100 Geschwüre. Die Applikation erfolgte in Form von Umschlägen, 2—3mal täglich. Der Gesammtorganismus wurde nicht beeinflusst, die Umgebung des Geschwüres nicht gereizt. Schon nach 24 Stunden nimmt die Sekretion ab, nach 1—10 Tagen, durchschnittlich nach 9 Tagen, ist das Geschwür in eine reine granulirende Fläche umgewandelt. Je erschwerter die Blutcirkulation um das Geschwür und je nekrotischer sein Grund ist, desto später beginnt die Reparation. Nach Reinigung des Geschwürs beginnt die Epidermisirung; die neue Epidermis zerfiel nur einmal in Folge eines Traumas.

Die Heilungsdauer betrug im Durchschnitte:

1)	bei unkomplicirten Geschwüren			16 1/2	Tage,
2)	»	Komplikation mit Ekzem		27 1/2	»
3)	»	»	» Varicen	30 1/2	»
4)	»	»	» Narben	40	»
5)	»	»	» Elephantiasis	57	».

Die großen Durchschnittszahlen wären kleiner ausgefallen, wenn man nicht selbst die vernachlässigtesten Geschwüre behandelt hätte.

Das Toxin des Bac. pyocyaneus ist im Stande, jedes Geschwür in jedem beliebigen Stadium zur Heilung zu bringen. Der Erfolg dieser Behandlung erhellt aus folgenden Zahlen: In der Klinik Janovsky wurden nach zweimonatlicher (früherer) Behandlung geheilt: im Jahre 1892—56% der Fälle;

»	»	1893—60%	»	»
»	»	1894—47%	»	»
»	»	1895—52%	»	»
»	»	1896—57%	»	»

bei der Toxintherapie : 90%.

Unerklärt bleibt, warum bei den restlichen 10% die Heilung ausblieb. **G. Mühlstein** (Prag).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Druckstauung.

Von

Dr. E. **Gückel** in B. Karabulak (Russland).

Den von Perthes, Vogt, Hüter, Braun und Neck in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie und von Morian auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Aachen 1900 veröffentlichten 9 Fällen von Druckstauung möchte ich in aller Kürze einen weiteren anreihen.

J. S., der 8 Jahre alte Sohn eines russischen Landmannes, sah am 14. Mai 1900 seinem einen Baum fällenden Vater zu; er stand dabei in einer etwa metertiefen Grube, deren Rand der Mitte der Brust des Pat. entsprach. Plötzlich stürzte der Baum und drückte dem Knaben den oberen Theil der Brust hintenüber, ihn fest an den Rand der Grube anpressend. Sofort wurde das Gesicht schwarzblau, die Augen quollen hervor. Der Vater konnte den Knaben nicht gleich herausziehen und musste erst mit einem Spaten die Erde unter dem Rücken desselben entfernen; der Druck musste also ein paar Minuten gedauert haben. Der Knabe war bald bei Bewusstsein und wurde zu mir gebracht. Ich sah ihn 2—3 Stunden nach dem Unfalle. Gesicht und Hals sind dunkel cyanotisch verfärbt und sehr stark gedunsen; auf beiden Augen subconjunctivale Blutungen. In der Gesichtshaut sind wegen der blaurothen Färbung einzelne Blutungen nicht zu sehen. Keine Knochenbrüche, keine Lähmungen. Pat. sieht, ist bei vollem Bewusstsein und klagt nur über Harnverhaltung. Der Harn ist klar und blutfrei. Eine Woche später war die Schwellung geschwunden, die Farbe fast normal geworden und nur die Bindehaut noch blutunterlaufen. Sonst fühlte sich Pat. leidlich wohl. Laut späteren Nachrichten trat vollständige Heilung ein.

---

19) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

114. Sitzung am Montag, den 14. Januar 1901 in der Kgl. Charité.
Vorsitzender: Herr König.

1) Herr König: Bemerkungen zur Frage der Anurie.

Die Anurie ist ein nicht zu häufig beobachteter pathologischer Zustand, somit sind einschlägige Fälle interessant, die Bereicherung der Kasuistik wünschenswerth.

Die vorgestellte 15jährige Pat. war von der inneren Abtheilung verlegt worden zur Exstirpation der tuberkulösen rechten Niere. Es war eine Geschwulst vorhanden, trüber, katarrhalischer Urin floss aus der rechten Niere. Während der Vorbereitungen zur Operation bekam Pat. plötzlich Anurie; Pat. war mit klebrigem Schweiße bedeckt, hatte urinösen Geruch aus dem Munde. Am 5. Tage schnitt K. die linke Niere an, sie war ganz mit Tuberkeln besät. K. ging mit dem Finger in das Nierenbecken ein, nähte die Niere an und drainirte sie. 14 Tage lang ging aller Urin aus der Fistel ab, dann entleerte sich ein altes Gerinnsel und später mehr und mehr Urin aus der Blase, die Fistel schloss sich allmählich.

Pat. erholte sich, nahm zu, K. aber hat nicht recht den Muth, die schwerkranke rechte Niere zu operiren.

Der 2. von ihm beobachtete Fall von Anurie betraf eine Steinniere. Der 53jährige Pat. hatte Kolikanfälle vor 12 und 6 Jahren gehabt, vor 2 Jahren ging ein großer Stein ab.

Im Januar 1898 stellten sich erneut linksseitige Nierenschmerzen und Anurie ein, einige Blutstropfen gingen ab. Die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen ergab keine sicheren Anhaltspunkte, immerhin war die linke Niere als die kranke anzusprechen.

Da die Anurie wenig Symptome machte, wartete K. mit der Operation bis zum 6. Tage.

Er fand das Nierenbecken leer, ging mit der Sonde in den Harnleiter ein und stieß im unteren Drittel desselben auf einen Stein, welcher nach Zuhilfenahme eines langen Löffels in die Blase glitt. Aus der Wunde entleerte sich eine kolossale Menge Harn, ca. 6000 ccm. Nach Überstehen bedrohlicher Symptome (Herzschwäche, Benommensein, Blutung aus der Blase) stellte sich freier Urinabfluss aus der Blase und Versiegen der Fistel ein; nach 8 Tagen entleerte sich ein Stein aus der Blase.

K. fügt mehrere Beobachtungen aus früherer Zeit über Anurie an: der eine Kranke nahm am 9. Tage der Anurie noch Beefsteak und 2 Glas Bier ohne Schaden zu sich; erst am 10. Tage begann sich Benommenheit einzustellen.

Ein anderer Pat., dem bereits eine Niere entfernt war, bekam Anurie. Auf dem Wege zur Klinik scheute das Pferd, und der Wagen stieß an einen Prellstein. In der Klinik entleerte Pat. erst wenig blutigen Urin, dann 5000 g und schließlich einen Stein.

Das Haupterfordernis ist, dem Urin Abfluss zu verschaffen, was durch eine Nierenspaltung erzielt werden kann; erst in zweiter Linie kommt die Entfernung oder das Suchen nach dem Hindernisse.

2) Herr König: Encephalocele, geheilt durch Schädelplastik.

Das vorgestellte 3jährige Kind war aus einem Wagen auf das Hinterhaupt gefallen, schielte, bekam Krämpfe, die nach 2 Monaten aufhörten. An der Stelle der Beule, zwischen Scheitelbein und Hinterhaupt, stellte sich ein prominirender Defekt ein, welcher pulsirte und bei der Athmung sich bewegte — also eine Encephalocele traumatica.

Nach v. Bergmann sind besonders rachitische Kinder solchen Zuständen unterworfen. K. umschnitt die kranke Stelle mitsammt dem Periost — es hing etwas Gehirnmasse an —, legte den Lappen auf die Seite, umschnitt einen zweiten Lappen, den er umdrehte, und womit er diesen Defekt deckte; durch einen dritten Lappen konnte Alles gedeckt werden.

3) Herr König: Intraartikulärer eitriger Knochenherd.

Bei einem 13jährigen Knaben mit akuter Osteomyelitis an Femur, Tibia und Ellbogengelenk konnte ein Eiterherd in letzterem freigelegt werden mit Erhaltung desselben.

Das Röntgenbild ließ deutlich erkennen, dass die Eiterung bis zum Radiusgelenke vorgedrungen war. K. legte durch einen Längsschnitt das von Eiter erfüllte Gelenk frei; es heilte aus ohne Drainage und ohne Resektion, die K. in frischen Fällen überhaupt für unstatthaft erklärt.

Demonstration des Pat., dessen Ellbogengelenk vollkommen freie Beweglichkeit zeigt.

4) Herr Martens: Exstirpation ausgedehnter Mastdarmcarcinome bei Frauen.

Die mit dieser Operation erzielten Erfolge sind sehr verschiedene, sogar an derselben Klinik. Der Grund liegt vermuthlich in der verschiedenen Indikationsstellung.

Mit gutem Erfolge wurden von König bei 2 Frauen Carcinome operirt, die wegen ihrer Verwachsungen mit der Umgebung (Blase und Uterus) an der äußersten Grenze der Operationsmöglichkeit standen und, weil sie für inoperabel erklärt waren, von einem Kurpfuscher zuvor mit Massage behandelt worden waren.

Die 1. Pat. operirte König nach Kraske und vernähte nach Exstirpation der Neubildung das eröffnete Peritoneum wieder. Es entwickelte sich zwar ein Darmprolaps, derselbe wird jedoch durch eine Pelotte gut zurückgehalten. Pat. hat 26 Pfund zugenommen.

Bei der anderen Pat. wurde ein Perinealschnitt unter Exstirpation des Steißbeines gemacht. Der sehr stark erkrankte Uterus wurde mit entfernt. Es hat sich ein guter Verschluss gebildet, der Koth kann willkürlich gehalten werden.

Demonstration der mikroskopischen Schnitte und Bilder mit dem Epidiaskop durch Herrn Pels Leusden.

5) Herr Braun: Totale Kehlkopfexstirpation, Sprache mit und ohne künstlichen Kehlkopf.

Bei dem vorgestellten 58 Jahre alten Pat. war die Exstirpation des Kehlkopfes nach Gluck im vorigen Jahre vorgenommen worden. Pat. lernte bald mit dem von Gluck angegebenen Apparate sprechen; er ist aber im Stande, eben so verständlich auch ohne denselben zu sprechen. Anscheinend schafft er nach Ansaugen der Luft in der Mundhöhle einen verdünnten Raum; die gesprochenen Worte verstärkt er dadurch, dass er die Luft mit der Hand am Halse exprimirt. Was freilich statt der Stimmbänder die Töne macht, ist völlig räthselhaft. Nach

Hans Schmid soll sie der gegen die Pharynxwand gestemmte Zungenrücken hervorrufen (?).

Diskussion. Von Herrn Gluck werden 3 Pat. vorgestellt, an denen er die gleiche Operation vollzogen.

Bei dem 1. Pat. musste außer dem Kehlkopfe auch der Pharynx und ein Theil des Ösophagus mit entfernt werden.

Der 2. Pat., bei dem vor 3 Jahren wegen Tuberkulose der Kehlkopf zum größten Theil exstirpirt werden musste, geht ohne Kanüle, trotz eines Laryngoschisma arteficiale.

Bei dem 3. Pat. war außer der Unterbindung der Vena jugularis und Carotis, Exstirpation des Pharynx und Larynx auch noch die Entfernung eines Stückes des Ösophagus erforderlich. Pat. trägt jetzt eine Prothese, mittels deren er ohne Ösophagus schlucken resp. die Speisen in den Magen spritzen kann.

6) Herr Köhler: Über einige seltenere Exostosen mit neuralgischen Erscheinungen.

Diese Exostosen machten den Eindruck von Geschwülsten, ihre Unterscheidung von einem Abscesse, ja sogar Sarkom, war im einzelnen Falle nicht so leicht. Bei einer Frau hatte ein solcher Tumor (Exostose) am Köpfchen der Fibula eine völlige Lähmung des Beines verursacht. In einem anderen Falle war es eine Exostose am Calcaneus, die durch Röntgenstrahlen festgestellt werden konnte, 1mal ein im Anschlusse an eine Knöchelfraktur sich entwickelndes höckeriges Knochenstück, im 4. Falle ein Osteom unterhalb des Nagels der großen Zehe.

Zur Anästhesirung benutzte K. Äther und Äthylchlorid, das er gleichzeitig aufsprühte.

7) Herr Wegner: Über Fascienverknöcherung bei Ulcus cruris.

Kleine Osteome der Unterschenkelfascie werden nicht selten beobachtet, das vom Vortr. gezeigte Osteom aber hat eine Ausdehnung von 15 cm Länge und 10 cm Breite. Es wurde zufällig bei einem seit 14 Jahren bestehenden Beingeschwüre gefunden — durch eine Fistel hindurch war man auf rauhen Knochen gekommen. Das Knochenstück lag 2 cm von der Tibia entfernt, es ist wahrer Knochen mit Spongiosabildung.

8) Herr Benneke: Über einen Fall von multiplen cartilaginären Exostosen.

Ein vom Vortr. beobachteter 43jähriger Mann, von dem Photographien und Radiogramme in großer Anzahl demonstrirt werden, zeigte diese seltene Anomalie, welche dadurch gekennzeichnet ist, dass in der Wachsthumsperiode aus den Knochen Geschwülste auswachsen, die durch Zersplitterung der Wachsthumsenergie und mechanische Momente bestimmte Deformitäten des Skelettes zur Folge haben.

Die Mutter und eine Schwester des Mannes sollen ähnliche Erkrankung gezeigt haben.

Auffällig ist die Kleinheit der Beine und Arme. Die Länge des Mannes beträgt 154 cm.

Die Exostosen zeigen sich besonders ausgeprägt an den Claviculae, Scapulae, rechtem Vorderarme, Mittelhandknochen, Fingern, und zwar an der Basis der Knochen, ferner am Becken, Oberschenkel — die Diaphysen sind frei — Kniegelenke, Metatarsalknochen. **Sarfert** (Berlin).

---

20) Völcker. Vorläufiger Bericht über die Verletzungen bei der Heidelberger Eisenbahnkatastrophe vom 7. Oktober 1900.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 49 u. 50.)

40 Pat. wurden aufgenommen, von denen 30 Frakturen hatten. Da Verschiedene mehrfache Knochenbrüche hatten, so betrug die Gesammtzahl 48 Frakturen. Von diesen betrafen 23 den Unterschenkel, 11 den Oberschenkel, 4 den Oberarm. Das Überwiegen der Unterschenkelfrakturen und die typische Art derselben

(Trümmerbrüche) ist bedingt durch das Aneinanderschlagen der Sitzbänke. Bemerkenswerth ist noch ein Fall von Schrecklähmung; bei Vielen zeigte sich eine deutliche Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit; 2 Fälle von reiner Commotio medullae, die sich kundgab in Erschwerung des Urinirens, motorischer Schwäche der Beine und Herabsetzung der Patellarreflexe. Es wurde bei allen die primäre Desinfektion der Wunde gemacht, event. am nächsten Tage wiederholt und, wenn nöthig, die primäre Amputation vorgenommen. Bei den Meisten trat noch sekundär eine theilweise Nekrose der Hautlappen ein. Die intravenöse Kochsalzinfusion wurde in ausgiebiger Weise angewandt. **Borchard** (Posen).

21) **Paffrath.** Eine merkwürdige Unfallverletzung des Halses und der linken Brusthöhle.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1900. No. 22.)

Verf. berichtet über folgenden Fall:

Einem 34jährigen Maschinisten fällt beim Ölen der Dampfmaschine die Ölkanne in eine vor dem großen Schwungrade befindliche Vertiefung. Beim Versuche, dieselbe mittels einer langen Zange wieder zu erlangen, kommt er mit letzterer anscheinend in Berührung mit dem im Gange begriffenen Treibriemen. Hierbei wird ihm der eine mit einer etwa walnussgroßen kugelartigen Verdickung versehenen Zangenhebelarm in der Gegend des Sternalansatzes des rechten M. sternocleido-mastoideus der Art durch Hals und Brust getrieben, dass das kugelartig verdickte Hebelarmende im Rücken etwas unterhalb des linken Schulterblattwinkels wieder zu Tage kommt. Nach Entfernung der Zange aus der Wunde tritt die vermuthete stärkere Blutung nicht ein; vielmehr erfolgt bei sachgemäßer Behandlung innerhalb 13 Tagen reaktionslose Heilung. **Motz** (Hannover).

22) **Bergmann.** Ein Fall von subkutaner traumatischer Ruptur des Herzens und Herzbeutels.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1901. No. 1.)

Der genannte Fall betrifft einen jugendlichen Arbeiter, der Abends zwischen 2 Eisenbahngeleisen bewusstlos aufgefunden wurde und auf dem Transporte nach der Krankenstube verstarb.

Die äußere Besichtigung der Leiche ließ außer einer markstückgroßen Hautschrunde links vom Brustbein in Höhe der Brustwarze weitere Verletzungen nicht erkennen. Dagegen ergab die Sektion eine Ruptur des Herzbeutels mit Austritt des Herzens in die mit theils flüssigem, theils geronnenem Blute angefüllte linke Pleurahöhle. Außerdem war die linke und rechte Herzkammer an der Herzbasis fast vollständig durchtrennt und die Vorhöfe eingerissen, so dass das Herz nur noch in Verbindung mit den großen Gefäßen geblieben war.

Der Verunglückte war anscheinend zwischen die Puffer zweier Waggons gerathen.

Im Weiteren giebt Verf. eine kurze Übersicht über ähnliche, bisher veröffentlichte traumatische Herzrupturen. **Motz** (Hannover).

23) **Pagenstecher.** Weiterer Beitrag zur Herzchirurgie. Die Unterbindung der verletzten Art. coronaria.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 4.)

30jähriger Arbeiter. Selbstmordversuch. Dolchstoß im 4. linken Interkostalraume, 1 cm neben dem Brustbeine. Die horizontal verlaufende Wunde ist $1^1/_2$ cm lang. Athmung frei. Herzdämpfung stark vergrößert. $2^1/_2$ Stunden nach der Verletzung Operation unter Bildung eines horizontalen Haut-Muskel-Knochenlappens aus dem 4. und 5. Rippenknorpel mit der Basis nach dem Brustbeine. Mediastinum anticum stark mit Luft und Blut gefüllt. Wunde im Herzbeutel. Nach Erweiterung derselben nach oben Lufteintritt in das Perikard, wodurch das in demselben befindliche Blut zu Schaum geschlagen wird. Außerordentlich starke Dehnung der Ventrikel, so dass man das Gefühl hat, als ob derselbe bei jeder

Diastole platzen wolle. Nachdem der rechte Ventrikel mit den Fingern zurückgedrängt ist, wird die vordere Längsfurche und Theile des linken Ventrikels sichtbar. Art. coronaria sin. ist durch eine kleine oberflächliche Wunde 5 cm über der Herzspitze angestochen. Umstechung. Naht des Perikard. Jodoformgazetampon in das Mediastinum anticum. Am 5. Tage starke Dyspnoë, Eröffnung eines pleuritischen Exsudates. $^{1}/_{2}$ Stunde später Tod. **Borchard** (Posen).

24) **C. F. A. Koch.** Enkele gevallen van pneumotomie.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1900. II. No. 23.)

Eine Bereicherung der Kasuistik der Pneumotomie durch 7 Fälle, alle septische Erkrankungen (Lungenabscess, Bronchiektasie, Lungengangrän) betreffend.

Von diesen 7 Fällen heilten 3 vollkommen:

Fall I. Oberflächlich liegender Lungenabscess mit Verwachsungen der Pleurablätter, wahrscheinlich nach einer vor 2 Jahren überstandenen Pneumonie. Resektion eines 5 cm großen Stückes aus 7. Rippe unter Lokalanästhesie. Öffnung einer mit Eiter gefüllten Lungenhöhle. 8 Monate nach diesem Eingriffe hatte die Höhle noch dieselbe Größe (300 ccm). Resektion von 8 cm aus 3., 4. und 5. Rippe. $1^{1}/_{2}$ Jahr p. op. vollkommene Heilung ohne Fistel.

Fall II. Lungenabscess mit Pleuraverwachsungen. Rippenresektion und Pneumotomie. Öffnung einer hühnereigroßen Höhle, mit stinkendem Eiter gefüllt. Heilung ohne Fistel. Recidiv durch Retention. Spontane Entleerung. Späteres Schicksal nicht mitgetheilt.

Verf. betont bei diesem Falle die Unzulänglichkeit der Rippenresektion ohne Abscessöffnung, wie sie von Quincke vorgeschlagen worden ist.

Fall III. Chronische Pneumonie im rechten Oberlappen mit Abscesshöhle nicht tuberkulöser Natur. Resektion eines 6 cm langen Stückes aus 2. und 3. Rippe. Keine Lungenverschiebung. Punktion liefert stinkenden Eiter. Öffnung der Abscesshöhle. Langsame Rekonvalescenz. Nach 3 Monaten noch Dämpfung und bronchiales Athmen.

Ein Fall blieb zwar am Leben, besserte sich aber nicht:

Fall VII. Bronchiektasie hinten rechts unten. Resektion eines 5 und 6 cm langen Stückes aus 9. und 10. Rippe. Lunge verschiebt sich. Desshalb Tamponade mit Jodoformgaze und nach einer Woche Bestreichung mit Tinct. jodi. Probepunktion am 12. Tage p. op. negativ. Vergrößerung des Operationsfeldes durch Resektion der 8. Rippe und Annähung der Lunge an die Pleura. In derselben Sitzung Incision und Öffnung eines fingerdicken Bronchus: sehr wenig Eiter. 4 Tage später hat sich ein Pyopneumothorax rechts vorn entwickelt. Entleerung des Empyems nach Bülau. Nach noch einem Monate wegen recidivirenden Fiebers Resektion von 8 cm aus 6., 7., 8. und 9. Rippe. Ein Jahr später Status quo ante.

3 Pat. starben nach der Operation:

Fall IV. Klinische Diagnose: Multiple Bronchiektasien, vielleicht einzelne größere Höhlen. Bei der Rippenresektion wird unversehens ein kleiner Riss in der Pleura gemacht und diese mit Gaze tamponirt. Starker Pneumothorax. Tod.

Hier hatte, wie Verf. betont, die Operation an dem unglücklichen Ausgange die Schuld.

In 2 anderen Fällen war die Multiplicität der Lungenherde in erster Instanz Ursache des Todes. Auch hier spielte aber der Pneumothorax seine gefürchtete Rolle.

Fall V. Lungengangrän rechts hinten unten. Resektion der 7. und 8. Rippe. Entleerung einer mit seröser Flüssigkeit gefüllten, apfelgroßen Höhle zwischen Lunge und Brustkorb, ringsum Verwachsungen. Einen Tag später Pneumothorax rechts vorn, durch Insufficienz der Adhäsionen oder Durchbruch eines Herdes in die freie Pleurahöhle verursacht. Tod 9 Tage p. op. Bei der Obduktion wurden auch Brandherde im rechten Mittel- und linken Unterlappen gefunden und überdies bronchopneumonische Herde (Steinhauerlunge).

Fall VI. Auch hier folgte der Tod trotz Öffnung eines gangränösen Herdes.

G. Th. Walter ('s Gravenhage).

25) **Bouglé. Radiographie d'un fragment de sonde en gomme dans la vessie.**

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. LXXV. No. 8.)

Bei einem hypospadischen Pseudohermaphroditen blieb nach operativen Eingriffen zur Herstellung einer Harnröhre während mehrerer Monate ein Nélaton als Dauerkatheter liegen und glitt in die Blase. Die Palpation vom Mastdarme aus ergab nichts Sicheres. Hingegen ließ eine 26 Sekunden währende Durchleuchtung den Katheter deutlich im Bilde erkennen; und zwar ist hierfür nicht etwa die bestehende Inkrustation verantwortlich zu machen; ein gleichsam als Testobjekt auf dem Oberschenkel befestigter Nélaton war gleichfalls im Bilde zu sehen.

Christel (Metz).

26) **P. Delbet. Fistule urétéro-abdominale; tentative d'urétéro-cysto-néostomie; impossibilité de greffer l'uretère; néphrectomie; guérison.**

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XVIII. Hft. 10.)

Der Fall betraf eine 40jährige Frau, der ein großes Uterusfibrom mittels Laparotomie entfernt worden war. Erst am 20. Tage nach der Operation zeigten sich die Symptome einer Harnleiterfistel. Verf. glaubt desshalb nicht an eine operative Verletzung des Harnleiters, sondern meint, da sich auch die exstirpirte Niere in einem Zustande schwerster vorgeschrittener Infektion befand, und die Wand des betreffenden Harnleiters septisch infiltrirt war, dass es sich in diesem Falle um eine spontane Perforation der krankhaft veränderten Harnleiterwandung gehandelt habe. Wegen eben dieser pathologischen Beschaffenheit der Harnleiterwandungen hat Verf. auch die sonst mögliche Uretero-Cysto-Neostomie nicht vorgenommen, sondern die betreffende Niere exstirpirt. **P. Wagner** (Leipzig).

27) **K. G. Lennander. Pyonephrose, exstirpirt aus einer rechten Niere mit zwei Nierenbecken und zwei Ureteren.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 3.)

Bei einer 29jährigen Person war wegen Pyonephrose die Nephrostomie, d. h. Einnähung des Sackes gemacht worden. Als L. nun in einer zweiten Sitzung genöthigt war, die Entfernung des Sackes zu bewerkstelligen, fand er, dass zwei Harnleiter und zwei Nierenbecken vorhanden waren. Nur das eine Nierenbecken war erkrankt, das andere gesund. So konnte Verf. den gesunden Theil der Niere auch erhalten. Die ursprüngliche Hydronephrose, die später in Eiterung übergegangen war, war bedingt durch einen schrägen Verlauf des Harnleiters im Nierenbecken, welche Missbildung besonders bei beweglicher Niere sehr leicht zu Hydronephrose führen muss. Der Harnleiter des gesunden Nierenbeckens war sehr gedehnt, so dass ihn L. zur Vermeidung von Knickungen mittels Naht fixiren musste. Übrigens ist die ganze Krankengeschichte sehr interessant, da das Bild des Leidens durch eine gleichzeitige Wurmfortsatzaffektion getrübt war. Verf. beseitigte beide Leiden durch eine von ihm wiederholt angewendete besondere Schnittführung, welche eine ausgezeichnete Übersicht gewährt.

Verf. ist der Ansicht, dass in diesem Falle wohl nicht so konservativ verfahren wäre, wenn er nicht schon einmal die analoge Missbildung und Erkrankung gefunden und dabei die Nephrektomie gemacht hätte. Die Litteratur enthält nur 2 ähnliche Fälle, einen von Pawlick und einen von Socin, der die hydronephrotisch veränderte rechte Hälfte einer Hufeisenniere resecirte.

In einem Nachtrage bespricht L. noch an der Hand instruktiver Abbildungen zwei Leichenpräparate, welche das hehandelte Thema recht gut illustriren.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

28) **G. Marwedel. Erfahrungen über die Beck'sche Methode der Hypospadieoperation.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 1.)

M. berichtet über 7 Fälle leichterer Hypospadie bei Kindern, die sämmtlich nach der Beck'schen Methode, und zwar unter Spaltung und nachheriger Ver-

nähung der Eichel operirt worden waren. Die Mobilisirung der Harnröhre erwies sich bei einiger Sorgfalt als nicht schwierig, dagegen sind Störungen des Wundverlaufes, wie Durchschneiden der Fixationsnähte der Harnröhre, wiederholt vorgekommen. Von 7 Fällen heilten nur 3 beim 1. Eingriffe, 2 nach einer 2. Sitzung, in 2 weiteren Fällen diente das Thiersch'sche Verfahren zur Nachoperation. Einlegen eines Verweilkatheters schien wenigstens für die ersten Tage rathsam zu sein. Ausgedehntere Nekrosen der losgelösten Harnröhre traten nie ein, dagegen kam es 2mal nachträglich zu Harnfisteln, wohl in Folge kleiner Distensionsnekrosen. Trotz dieser Misslichkeiten verdient, wie M. zum Schlusse betont, die Beck'sche Methode aber doch weitgehende Anwendung und Empfehlung.

Honsell (Tübingen).

29) **H. A. Lediard.** A case of succesful excision of a subclavian aneurysm.

(Transactions of the clinical society of London Vol. XXXIII.)

39jähriger Feuermann litt seit 10 Monaten an Sensationen und leichter Schwellung der rechten Halsseite, bei Eintritt in des Verf.'s Behandlung enteneigroße Geschwulst im rechten Suprascapularraume. Dieselbe wuchs nach der Gegend oberhalb des mittleren Theiles des Schlüsselbeines zu, und es stellte sich unterhalb des äußeren Drittels des Schlüsselbeines Pulsation ein. Über der Geschwulst deutliches systolisches Geräusch, Verbreiterung der V. jugularis ext., der rechte Radialpuls leicht abgeschwächt, keine Schwellung des Armes, aber Schwäche und Sensationen im Arme.

Es wurde nun der Anfangstheil der A. subclavia, dicht hinter dem Ursprunge aus der A. anonyma noch innerhalb des Abganges der A. vertebralis, unterbunden. Das Aneurysma kollabirte; der Radialpuls hörte auf, stellte sich aber bereits am nächsten Tage wieder ein, nach 8 Tagen war auch das Aneurysma wieder da; dann traten im Laufe der nächsten Monate stärkere Schwellung und größere Schmerzen durch Druck auf den Plexus brachialis wieder ein. So wurde 4 Monate später als zweite Operation die A. axillaris zwischen Musc. pector. und Musc. deltoid. unterbunden; der Anfangs verschwindende Radialpuls wurde auch hier nach einigen Tagen wieder fühlbar; das Aneurysma blieb vorläufig kleiner; allmählich stellte sich aber wieder Pulsation ein, und die Armsymptome nahmen beträchtlich zu.

So wurde 5 Monate nach der zweiten Operation als dritte die Resektion eines Theiles des Schlüsselbeines und die Exstirpation des Aneurysmasackes vorgenommen. Dasselbe wurde vornehmlich durch eine hinter dem M. scalenus ant. hervorkommendes, hinten oben in den Sack mündendes arterielles Gefäß unterhalten, nach dessen Abbindung der Sack schnell kollabirte.

Der Erfolg dieser Operation war nun ein recht günstiger; nach einigen Tagen war der anfänglich nicht fühlbare Radialpuls wieder zählbar, die Kräftigung in Arm und Hand nimmt dauernd zu. Die durch das resecirte, nicht wieder eingefügte Schlüsselbeinstück hervorgerufenen Unzuträglichkeiten sind recht geringe.

Verf. räth, stets nach der von Allingham (Lancet 1899, Juni 3) empfohlenen Methode zweizeitig zu operiren, d. h. erst nach Unterbindung der A. subclavia an die Exstirpation zu gehen zum Zwecke eines gesicherten Kollateralkreislaufes.

F. Kraemer (Berlin).

30) **v. Eiselsberg.** Zwei Fälle von Knochenimplantation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Im 1. Falle wurde bei einem durch Lupus bedingten Nasendefekte nach einem misslungenen Plastikversuche nach der italienischen Methode nochmals nach dieser Methode operirt und späterhin, um diesen Lappen zu stützen, ein entsprechender Knochen-Periostlappen aus der Tibia der Pat. unter denselben geschoben. Bei der Operation war der Knochenlappen zur Erde gefallen und wurde durch 5 Minuten langes Auskochen in Sodalösung sterilisirt. Glatte Einheilung, gutes Resultat. — Im 2. Falle wurde ein Schädeldefekt der Stirngegend durch ein von

einem Leichenschädel genommenes, ausgekochtes Knochenstück gedeckt. Auch hier gutes Resultat. **Borchard** (Posen).

31) F. Eve. A case of myeloid sarcoma of lower end of radius; resection of lower ends of radius and ulna with goot functional result.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXIII.)

Eine 21jährige junge Frau fiel und verstauchte sich ihr rechtes Handgelenk; dasselbe blieb schwach und schmerzhaft; 3 Monate nach der Verletzung bemerkte Pat. eine Schwellung oberhalb des Gelenkes, die allmählich zunahm. Ungefähr $^3/_4$ Jahr nach dem Unfalle kam sie in Verf.s Behandlung. Das untere Viertel des rechten Radius war gleichmäßig durch eine central sitzende Geschwulst aufgetrieben; die Oberfläche derselben war glatt; zum Theil elastisch und zeigte Knistern wie Eierschalen. Rechts war der Gelenkumfang um 4 cm größer als links. Die Bewegungen im Gelenke waren frei und die Synovialmembran nicht betroffen. Die vorgenommene Röntgenaufnahme lässt, wie beigegebene Aufnahme veranschaulicht, den centralen Sitz der Geschwulst erkennen, die für ein Myeloidsarkom angesprochen wurde; in Folge dessen Resektion von E. vorgenommen.

Es wurden seitlich jederseits Incisionen angelegt und ein gleich großes Stück von Radius und Ulna vom Handgelenke bis oberhalb der Geschwulst resecirt; jede einzelne Sehne wurde dann hervorgezogen, ein entsprechendes Stück excidirt und ihre Enden durch Nähte wieder vereinigt. Es wurde kein größeres Blutgefäß verletzt, die Wunde geschlossen und Schienenverband angelegt. Nach vollständig glattem Wundverlaufe trat ein recht gutes funktionelles Resultat ein. Schon 6 Wochen nach der Operation konnte Pat. etwas schreiben, jetzt, $^3/_4$ Jahr nachher, ist sie im Stande, gut zu schreiben, zu nähen, ihr Essen selbst zu schneiden und einen leichten Gegenstand, wie ein Glas, hochzuheben. Auch besteht genügende Flexions- und Extensionsmöglichkeit im Gelenke; nur die Beugungsfähigkeit der Finger ist noch etwas eingeschränkt. Eine beigegebene Röntgenaufnahme illustrirt den jetzigen günstigen anatomischen Befund und 2 weitere photographische Aufnahmen den guten funktionellen Erfolg.

Wiedergegeben sei noch, dass Clutton (Transact. of the clin. soc. London Bd. XXVII) mehrere ähnliche Fälle zusammengestellt hat.

F. Kraemer (Berlin).

32) Audry et Dalous. Sur une atrophie héréditaire et congénitale du tégument palmaire (brachydermie palmaire congénitale).

(Soc. de dermat. et de syphil. de Paris. Séance du 7. juin 1900.)
(Ann. de dermat. et de syphil. 1900. No. 6.)

Verff. beschreiben einen eigenthümlichen Fall bei einer 28jährigen Pat., den sie aus folgenden Gründen nicht als Dupuytren'sche Kontraktur ansehen wollen: 1) war die Affektion erblich (die Mutter hatte dasselbe Leiden) und angeboren; 2) war der Zustand völlig stationär, so dass Verff. ihn als eine fehlerhafte Bildung, nicht als Krankheit bezeichnen, zumal sich subjektive Störungen nie gezeigt hatten; 3) weil die Aponeurose nicht in Streifen angespannt, sondern die Haut der Handfläche in toto verkürzt war; 4) weil der Daumen mit einbegriffen war, was bei der Dupuytren'schen Krankheit nie vorkommt; 5) weil die anderen Finger gleichmäßig ergriffen waren und die Flexion am ausgesprochensten an der 3., nicht an der 1. Phalange war; 6) weil außerdem die Haut der Dorsalfläche ebenfalls atrophirt war, wenn auch nicht so hochgradig. Verff. schlagen desshalb vor, diese Affektion »Brachydermie palmaire« zu nennen. **V. Klingmüller** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. Sonnabend, den 23. März. 1901.

Inhalt: XXX. Chirurgenkongress.
F. Bähr, Zur Anlegung von Frakturverbänden. (Original-Mittheilung.)
1) **Franke**, Komplicirte Frakturen. — 2) **v. Cačković**, Retrograde Intubation. — 3) **Stark**, Speiseröhrengeschwülste. — 4) **Alapy**, Speiseröhrenstrikturen. — 5) **Oehler**, 6) **Martens**, Bauchfelltuberkulose. — 7) **Kelling**, Prothesen bei Magen- und Darmvereinigungen. — 8) **Neumann**, Magenerweiterung. — 9) **Sabbatoni** und **Fasola**, Motorische Funktion des Darmes. — 10) **v. Beck**, Aktinomykose des Verdauungsapparates. — 11) **Hahn**, Pankreatitis.
S. v. Fedoroff, Ein kleiner Kniff zur Technik des Ureterenkatheterismus. (Original-Mittheilung.)
12) **Prichard**, Zur Chirurgie des Magen-Darmkanals. — 13) **Barker**, Magenperforation. — 14) **Dieulafoy**, 15) **Allan**, 16) **Kok**, Appendicitis. — 17) **Steinberg**, Künstliche Brüche. — 18) **Uhlenbrak**, Hernia inguino-interstitialis. — 19) **Spencer**, Zur Magenchirurgie. — 20) **Kiefer**, Magen- und Duodenalgeschwür. — 21) **Barker**, Gastroenterostomie und Pylorektomie. — 22) **Sörensen**, 23) **Hügel**, Darmtuberkulose. — 24) **Tenderich**, Darmverschluss während der Schwangerschaft. — 25) **Kelly**, Geschwülste des Wurmfortsatzes. — 26) **Lennander**, Incontinentia ani. — 27) **Jordan**, 28) **Karewski**, Milztraumen. — 29) **D'Arcy-Power**, Milzexstirpation. — 30) **Franke**, Perihepatitis. — 31) **Chevalier**, 32) **Oddo**, Leberabscess. —33) **Kuhn**, Gallensteinoperationen. — 34) **Marwedel**, 35) **Greisch**, Zur Chirurgie des Pankreas.
19. Kongress für innere Medicin.

XXX. Chirurgenkongress.

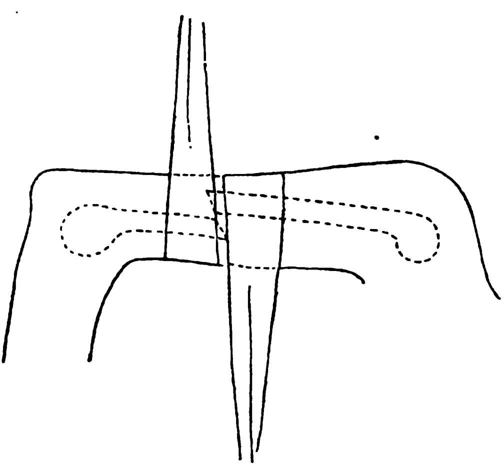
Um möglichst rasch nach alter Weise im Centralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden. ***Richter.***

Zur Anlegung von Frakturverbänden.

Von
Ferdinand Bähr in Hannover.

Einer der Hauptgründe für die schlechte Heilung von Frakturen ist das Fehlen der Kontaktwirkung der Bruchenden, so besonders

bei den Frakturen des Schaftes. Obwohl der hier zu erwähnende Tric da oder dort schon angewendet sein dürfte, so sehe ich seine Durchführung doch nur bei den Bardenheuer'schen Extensionsverbänden in systematischer Weise, nämlich in der Anwendung von Bindenzügeln, wie dies unlängst auch hier wieder geschildert wurde (vgl. dieses Centralblatt 1900 No. 50 Wolff). Diese Bindenzügel lassen sich indess auch bei Gipsverbänden anwenden und sie sind hier bei der Reposition besser für die Retention der Bruchenden in richtiger Stellung als die Hände, weil über dieselben der Verband glatt weggelegt werden kann, während beim Gebrauche der Hände vielfach ein Wechsel erforderlich ist.



Während so bei einer Unterschenkelfraktur der eine Assistent das Bein extendirt, hält der andere jedes Bruchende mit einem Bindenzügel und zieht sie gegen einander. Die Gipsbinden werden so umgelegt, dass sie an Stelle der herausgeleiteten, auf der bloßen Haut liegenden Bindenzügel ein kleines Fenster bilden. Über dieses Fenster wird nach dem Festwerden ein Brettchen gelegt und über demselben die Bindenzügel nach Anziehen festgebunden. Bei genügender Breite des Brettchens wird der Bindenzügel nur einen kleinen Abschnitt des Umfanges stärker drücken. Lockert sich der Verband, so können die Bindenzügel nachgezogen werden. Befürchtet man unliebsame Erscheinungen durch Druck — ich habe noch keine bemerkt —, so kann man an der Angriffsstelle des Bindenzügels noch ein Fenster einschneiden; die Festigkeit eines guten Verbandes leidet hierdurch nicht.

Zwei Fälle seien hier kurz skizzirt:

K., 34 Jahre alt. Am 6. August 1900 Flötenschnabelbruch des rechten Unterschenkels an der Grenze von mittlerem zu unterem Drittel. Wiederholt klinisch mit Gipsverbänden behandelt. Am 12. Oktober Aufnahme mit völlig wackelnder Bruchstelle. Zunächst Versuche mit Stauung, Reizung der Bruchenden, wobei die Fraktur eher wackliger wird. Am 21. Oktober Gipsverband mit Bindenzügeln. Abnahme am 12. November bei konsolidirter Bruchstelle.

H., 55 Jahre alt. Am 29. Dezember 1900 Bruch des rechten Oberarmes unter der Mitte. Aufnahme am 25. Januar 1901 mit völlig beweglicher Bruchstelle. Die Durchleuchtung ergiebt, dass die Bruchenden sich nicht berühren. Am 27. Januar Anlegung eines Gipsverbandes mit Bindenzügeln. Um Druck gegen den Radialis zu vermeiden, wird nur der über das untere, auf der Beugeseite vortretende Bruchende gelegte Bindenzügel nachträglich angezogen. Am 10. Februar Abnahme bei erfolgter Konsolidation.

Das Erreichte lässt mich dieses einfache Mittel warm empfehlen bei der Behandlung von Frakturen. Da Pseudarthrosen und schlecht konsolidirende Frakturen relativ häufig zu meiner Beobachtung kommen, so hoffe ich, später an einer größeren Anzahl an anderer Stelle die Vorzüge dieses Verfahrens behandeln zu können. Soviel scheint sicher, dass durch die erreichte bessere Adaption der Bruchenden die Dauer des Festwerdens bei frischen Frakturen abgekürzt, — je größer die Adaptionsfläche, desto größer die Knochennarbe und deren Festigkeit, desto rascher auch die letztere —, und alte Frakturen noch nachträglich leichter zur Konsolidation gebracht werden können. Vor Allem wird sich das Verfahren bei Unterschenkel- und Vorderarmfrakturen nützlich erweisen, wo bei der oberflächlicheren Lage der Knochen ein reponirender Druck eher möglich ist. Die ausgiebige Verwendung solcher Bindenzügel überhaupt dürfte vielfach für die Retention der Bruchstücke sich als zweckmäßig erweisen.

---

1) **P. Franke.** Über die Behandlung komplicirter Frakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Verf. hat es unternommen, das Material komplicirter Brüche an der Hallenser chirurgischen Universitätsklinik auf den Werth der aseptischen Wundbehandlung, wie sie bei denselben in den letzten 3 Jahren angewendet wurde, zu prüfen und schildert uns die erfreulichen Erfolge, welche bei diesen ehedem so gefährlichen und gefürchteten Verletzungen durch eine sachgemäße moderne Behandlung erzielt werden können. Eine sehr reichhaltige Fülle von komplicirten Brüchen der Extremitäten und des Schädels stand ihm dabei zur Verfügung. Vor Allem galt bei der Behandlung der Fälle das Princip, die Wunden möglichst aseptisch zu gestalten, die Knochenfragmente in möglichst guter Stellung zu fixiren, völlige Ruhelage zu sichern und nach ungestörtem Heilverlaufe die Funktion des Gliedes wieder herzustellen. Die Umgebung der Wunde wurde auf das gründlichste desinficirt; war die Hautverletzung eine kleine, konnte man das Eingedrungensein von Fremdkörpern mit Wahrscheinlichkeit annehmen, so wurde die Wunde mit einem Stücke Sublimatgaze abgetupft und mit sterilem Verbande bedeckt. Das Verkleben der durchtrennten Haut mit einem Pflaster nach Langenbuch verwirft v. Bramann. Bei stärker verunreinigten ausgedehnten Weichtheilwunden lagen die Verhältnisse natürlich schwieriger. v. Volkmann sah es für zweckmäßig an, bei solchen

Wunden energisch zuzugreifen. Gegenincisionen, Drainage aller Wundtaschen, Entfernung aller Knochensplitter war die übliche Methode. Man kommt indessen auch mit konservativem Verfahren häufig zum Ziele. v. Bramann lässt wenn möglich solche Pat. chloroformiren; dann werden die Hautränder umschnitten, die Fremdkörper abgetupft oder mit Pincette und Schere entfernt, Blutungen gestillt, Wundtaschen gespalten; aber von Abspülung mit desinficirenden Lösungen wird immer Abstand genommen. Kleine reizende Knochensplitter wurden extrahirt, dagegen sucht man stets größere auch ganz freie Knochenstücke wieder einzufügen, da sie erfahrungsgemäß einheilen können. Scharfe Kanten und Ecken der Knochenfragmente wurden mit Säge oder Zange geglättet, um besonders den Druck von Knochenkanten auf die Gefäße zu verhindern und Gangrän zu vermeiden. Bei Dislokationsneigung der Knochenstücke wurde die Naht derselben mit Silberdraht ausgeführt. Die Bedeckung der Knochen mit Weichtheilen wurde jederzeit erstrebt, weil sie die Heilung wesentlich fördert. Einspritzung von etwas Jodoformäther, Ausstopfen mit steriler Gaze, gegebenen Falls auch eine Gegenincision vervollkommneten die Wundbehandlung. Inficirte, septische Wunden erfuhren die auch sonst geübten Maßnahmen.

In ausgiebigster Weise ging man konservativ vor, und in einer großen Reihe von Fällen, bei denen die Absetzung des betroffenen Gliedes fast unausbleiblich schien, wurde dasselbe schließlich doch erhalten. Musste man nach der blauen oder blassen Verfärbung des Gliedes Gangrän fürchten, so wurde auch hier noch der Versuch konservativer Behandlung gemacht, auch wenn peripher kein Puls zu fühlen war. Große Entspannungsschnitte und peinliche Lagerung wurden dabei ausgeführt. Einige dieser Fälle kamen natürlich trotzdem zur Amputation.

Die Immobilisirung der Gliedmaßen wurde wenn möglich durch Gipsverbände oder Extension herbeigeführt, sonst wurden Schienenverbände angelegt, event. später noch Gipsverbände. Die Kontrolle mit der Aufnahme von Röntgenbildern war Regel. Hier und da machte verzögerte Konsolidirung der Knochenfragmente weitere Maßnahmen nothwendig, die vornehmlich in Aneinanderreiben der Bruchstücke und in Stauungshyperämie bestanden.

Ähnliche Principien herrschten auch bei Behandlung komplicirter Schädelbrüche. Ein genauer Überblick über die Wundverhältnisse, speciell die Art der Knochenverletzung, wurde event. durch Erweiterung der Wunde stets erstrebt. Herstellung guter und glatter Wundverhältnisse war auch hier das erste Ziel. Die Glättung der Knochenfragmente, Hervorholen von Splittern, Fasern, Fremdkörpern wenn nöthig mit Hilfe des Meißels, Hebung von eingesunkenen, die Dura gefährdenden Knochenstücken spielten hierbei eine große Rolle. Auf genaue Blutstillung wurde natürlich ebenfalls großer Werth gelegt, vielfach Gefäße der Dura und Pia mater unterbunden. Mit Ligatur und Tamponade wurde man jedenfalls stets Herr der

Blutung. Zerfetzte Theile des Gehirns wurden herausgenommen, Splitter und Fremdkörper anderer Art stets sorgfältig aus demselben entfernt. Wenn es geschehen konnte, wurden Risse der Dura vernäht.

Peinlichst versuchte man stets, Knochendefekte zu vermeiden. Desshalb wurden alle Knochenfragmente wieder eingefügt, nachdem sie in warmer Borsäurelösung gereinigt waren. Man sorgte dabei, dass sie dem Knochen dicht anlagen und nicht durch Blutergüsse abgehoben wurden. Die Haut wurde über dem wiedereingeführten Knochen vernäht, event. durch eine Plastik die Deckung besorgt. Waren die arg zersplitterten Knochenfragmente nicht zu gebrauchen, so wurde vom gesunden Knochenrande das Periost zurückgehebelt; dann wurden flache Knochenplättchen abgemeißelt und in den Defekt hineingelegt. Natürlich geschah dies nur, wo man eine aseptische Einheilung erwarten durfte. Außerdem wurde auch das Müller-König'sche Verfahren der osteoplastischen Resektion und die autoplastische Methode mit Überpflanzung eines abgemeißelten Tibiaknochenstückes erfolgreich angewendet. Auch gelang es, die aufbewahrten ausgesprengten Stücke des Schädels nach längerer Aufbewahrung und Auskochen später nach Reinigung der inficirten Wunden einzuheilen.

Aus der Arbeit geht hervor, dass die Behandlung komplicirter Frakturen der Extremitäten und des Schädels zwar mit zu den schwierigsten, aber bei zweckmäßigem Vorgehen zu den erfolgreichsten und dankbarsten Aufgaben der Chirurgie gehört.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **M. v. Čačković.** Über retrograde Intubation. Vorläufige Mittheilung.

(Liečnički viestnik 1901. No. 2. [Kroatisch.])

Durch die Schwierigkeiten beim Decanulement kleiner (1 bis 2jähriger) Kinder wurde Verf. veranlasst, nach einem Mittel zur Erleichterung desselben zu suchen und glaubt es im folgenden Verfahren gefunden zu haben.

Ein ca. 4 cm langes Gummidrain, dessen Durchmesser unbedeutend kleiner ist, als das Lumen der Trachea, wird 1,5 cm von einem Ende mit einer Nadel durchstochen und ein 25 cm langer starker Seidenfaden durchgezogen, so dass das Drain in dessen Mitte kommt. Der Faden wird um das Drain geschlungen und festgebunden. Das Drain soll starr, elastisch, aber nicht hart sein. Durch die Tracheotomiewunde wird zuerst das längere Ende in die Trachea, dann das kürzere nach oben gegen den Larynx geschoben, die Fadenenden um den Hals gebunden und die Wundöffnung mit Jodoformgaze tamponirt. Das Kind kann jetzt durch die natürlichen Wege anstandslos athmen. Das Drain wirkt durch leichten und stetigen Druck auf die Granulome in der Trachea, bringt sie zur Atrophie und entfernt somit das Haupthindernis des Decanulements. Hat das

Drain genügend lange in der Trachea gelegen oder hat es sich verstopft, so genügt ein Zug am Faden, um es herauszubefördern.

Die Erörterungen des Verf. sind vorläufig noch mehr theoretischer Natur, da er nur in einem Falle Gelegenheit hatte, das Verfahren zu erproben. Dies war aber ein Fall, wo schon 8 Tage seit der Tracheotomie vergangen, also schon bedeutende Veränderungen in der Trachea vorhanden waren. v. C. glaubt, dass dieses Verfahren hauptsächlich in den ersten Tagen nach der Tracheotomie anzuwenden sei, wo noch keine nennenswerthen Granulome, oder gar Folgen derselben in der Trachea aufgetreten sind, das Decanulement aber nicht ausführbar ist. (Selbstbericht.)

3) **H. Stark** (Heidelberg). Die Verwendung der Divertikelsonde bei Ösophagustumoren.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Für die Untersuchung und Behandlung höckriger, stark in die Lichtung vorspringender bösartiger Neubildungen des Ösophagus und der Cardia empfiehlt S. die Verwendung der Divertikelsonde, am zweckmäßigsten in Form von einfachen Nélatonkathetern oder weichen Schlundröhren, die mit einer leicht biegbaren, am unteren Ende in einem beliebigen Winkel gekrümmten Leitsonde versehen werden.

Auch die Leube-Zenker'sche Divertikelsonde, deren Princip bereits 1764 von Ludlow empfohlen worden ist, erfüllt ihren Zweck, wenn sie auch den Nachtheil hat, sich schwieriger reinigen zu lassen und kostspieliger zu sein. Vor der Einführung wird die Leitsonde ca. $^1/_2$—3 cm vom Ende entfernt leicht abgebogen und am Schlauche die Richtung angezeichnet, nach welcher die Krümmung liegt; man führt die Sonde dann so ein, dass die Krümmung nach rechts oder links, nicht nach hinten oder vorn sieht. Da das Sondenende sich stets nur an der Peripherie der Lichtung bewegen kann, so lässt sich die ganze Wand ringsum abtasten und so der richtige Weg finden. Gelingt die Passage nicht, so kann man den Versuch mit einer anderen Sondenstärke oder Krümmung wiederholen. So vermochte S. in mehreren Fällen eine Stenose zu überwinden, die für gerade Sonden, selbst solche kleinsten Kalibers, gar nicht oder nur zeitweise passirbar war, so das obere Ende der Stenose, die Ausdehnung der Neubildung in der Circumferenz, den Sitz der Stenose in letzterer, die untere Grenze und Längenausdehnung der Neubildung festzustellen und schließlich auch eine allmähliche Dilatation und natürliche Ernährung, bezw. die Schlundsondenfütterung zu ermöglichen. **Kramer** (Glogau).

4) **Alapy.** Zur Frage der retrograden Sondirung der Narbenstrikturen der Speiseröhre.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Die retrograde Sondirung von Narbenstenosen der Speiseröhre von einer Gastrostomieöffnung aus bietet manchmal recht große

Schwierigkeiten, namentlich dann, wenn die bekannteste und gebräuchlichste Methode, das Verschlucken eines Schrotkornes, nicht gleich gelingt. Alle anderen Methoden, die Stenose zu passiren, sind komplicirt oder in ihrer Wirkung unberechenbar, wie die Hinzufügung einer Ösophagotomie und das Durchstoßen der Narbe mit einem spitzen Trokar. Verf. gelangte nun bei einem einschlägigen Falle mit einem Kunstgriff zum Ziele, den er zur Anwendung empfiehlt. Bei einem 7jährigen Knaben, der sich durch Trinken von Lauge eine Ösophagusstenose 18 cm hinter der Zahnreihe zugezogen hatte, führte er durch die Magenfistel nach erfolglosen Versuchen mit anderen Instrumenten eine elastische französische Bougie in die Cardia ein und schob sie bis zur Striktur vor. Nun wurde ein Maissonneuve'scher Seidenkatheter über die Bougie gestreift, bis das offene Ende derselben bis an das Hindernis gelangt war; darauf wurde die Leitbougie zurückgezogen und an ihrer Stelle eine filiforme Bougie eingeführt, die nun mit Leichtigkeit die Stenose passirte und in den Mund gelangte. Die weitere Behandlung war die jetzt modificirte allgemein gebräuchliche nach v. Hacker mit ausgezogenen Drainröhren. Sie führte zu einem vollkommenen Erfolge. Besonders empfiehlt A. die Philipps'schen Bougies, auf welche große Bougies als Leitsonden aufgeschraubt werden, so dass beide zusammen eine Größe von 60—70 cm besitzen, welche zum Hindurchführen in den Mund genügt. Durch Aufschrauben von dickeren Nummern wird dann die Dehnung erreicht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

5) **R. Oehler** (Frankfurt a/M.). Über Peritonitis tuberculosa.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 52.)

Nachdem schon in den letzten Jahren von einzelnen Seiten der Nutzen der Operation bei Peritonitis tuberculosa in Frage gezogen und die spontane Heilbarkeit dieser Krankheit behauptet worden ist, hat auch O. sein allerdings vorwiegend poliklinisches Material von 44 Fällen der Krankheit sorgfältig verfolgt und ist in der Lage gewesen, von 39 den Verlauf und das Endresultat zu ermitteln. Von diesen, 5 Erwachsene und 34 Kinder betreffenden Fällen sind 18 (2 Erwachsene, 16 Kinder) — meist an Meningitis — gestorben, 21 leben und sind gesund. Darunter finden sich mindestens 4 ohne Laparotomie spontan Geheilte, deren Krankengeschichten O. ausführlich mittheilt, während die übrigen im Verlaufe weniger genau beobachteten nur erwähnt werden; es handelt sich in diesen um drei Erwachsene und 18 Kinder. O. zieht aus seinem Materiale den Schluss, dass die Peritonitis tuberculosa vorwiegend eine Erkrankung des Kindesalters, in der Hälfte der Fälle der Ausgang — nach einem halben bis 2 Jahre langer Dauer — der Tod sei, und dass auch ohne Operation in einer beträchtlichen Zahl der Fälle, besonders bei Kindern, die Krankheit nach einer Verlaufsdauer von 1 bis 2 Jahren spontan heile.

Kramer (Glogau).

6) **Martens** (Berlin). Der heutige Stand unserer Kenntnisse von der Bauchfelltuberkulose.

(Charité-Annalen Jahrgang XXV. p. 250.)

In der Klinik König's (Berliner Charité) wird die Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung durch einfache Eröffnung in der Mittellinie stets geübt. Das etwa vorhandene flüssige, häufig abgesackte Exsudat lässt man ablaufen oder es wird mit sterilen Tüchern aufgesogen. Ausspülungen mit desinficirenden Flüssigkeiten werden unterlassen, höchstens etwas Jodoformpulver eingestreut, Verklebungen der Därme werden gelöst. Nur wenn das primär erkrankte Organ in der Bauchhöhle leicht zu finden ist, kann es entfernt werden, z. B. Proc. vermiformis oder Tube. Dagegen müssen Darmresektionen u. dgl. schon wegen des gewöhnlich sehr schlechten Allgemeinzustandes unterbleiben. Meist pflegen auch diese primären Herde günstig beeinflusst zu werden. Drainage wird unterlassen. Dass nicht das Ablassen des Exsudats die Hauptsache ist, hat die mangelhafte Wirkung der Punktion gezeigt, auch fehlt es ja oft. Eine stichhaltige Theorie der Wirkung ist bisher nocht nicht gefunden. Unmittelbar den Folgen der Operation erlegen ist bisher keiner der 12 innerhalb 4 Jahren operirten Kranken, von denen 8 später an anderen Leiden, besonders der Lungenschwindsucht, gestorben sind, 4 dagegen geheilt zu sein scheinen, allerding erst vor 6—9 Monaten operirt. Außerdem wurde noch vor 2 Jahren 1 Mädchen operirt, welches außer einem Packet verlötheter Darmschlingen noch einige geschwollene Gekrösdrüsen hatte; sie genas zwar von ihrem Bauchleiden, erkrankte aber später an Coxitis. Endlich gehört noch ein junger Mann hierher, der an tuberkulöser Kniegelenksentzündung litt und zugleich bisher symptomlos verlaufene Bauchfelltuberkulose hatte; er erkrankte plötzlich an Ileus, wurde operirt, und es fand sich neben allgemeiner Tuberkulose des Bauchfelles Verklebung zahlreicher Dünndarmschlingen ohne eine auffällige Verengerung einer Stelle. Die Ileuserscheinungen gingen zurück, der Kranke erholte sich zunächst, ging aber später an Lungentuberkulose zu Grunde.

Schon begonnener käsiger Zerfall der Herde scheint durch den Bauchschnitt nicht so günstig beeinflusst zu werden; es wird mithin mit Gatti frühzeitige Operation empfohlen. Doch wurde bei einem Manne mit Ikterus und mehrfachen Schüttelfrösten, welcher eine rundliche Geschwulst in der Ileocöcalgegend hatte und sehr herunterkam, ein Probeeinschnitt gemacht, wobei statt des erwarteten Leberabscesses nur ein Packet verkäster Lymphdrüsen gefunden wurde, das nicht entfernt werden konnte; trotzdem genas der Mann.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

7) **G. Kelling.** Über Prothesen bei Magen- und Darmvereinigungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

K. bespricht die verschiedenartigen Urtheile, die dem Murphyknopfe zu Theil geworden sind, und erörtert die Nachtheile, welche die Anastomosenbildung mittels desselben hat. Nichtsdestoweniger hält er ihn für eine wohldurchdachte und nützliche Erfindung und ist der Ansicht, dass ein guter Anastomosenknopf die technischen Vortheile des Murphyknopfes beibehalten müsse. Als wesentlichste Erfordernisse für einen Knopf stellt er folgende Bedingungen auf: Er muss so lange unverändert an der Anastomose haften, bis die eingeklemmte nekrotische Darmwand abgestoßen worden ist, nachher aber muss er im Magen oder Darme vollkommen verdaut werden. K. hat nun ein nach diesen seinen Principien konstruirtes Instrument hergestellt. Als Grundmaterial dient ihm ausgiebig entkalktes Elfenbein. Der Knopf besteht aus einem Stücke; er stellt einen Cylinder dar, der an beiden Enden trichterförmig erweitert ist, und ist mit Gummi überzogen zum vorläufigen Schutze gegen Einwirkung der Verdauungssäfte. Frei ist er nur an der Stelle des tiefen äußeren Einschnittes, welcher seinerseits wieder durch das Aufbinden der Darmwand wasserdicht abgeschlossen und also auch vorläufig den Verdauungssäften unzugänglich ist. An der einen trichterförmigen Erweiterung befindet sich eine Rille. In diese wird ein Gummiring eingefügt. Knopf und Ring werden dann in den Magen resp. Darm eingeführt, und nun wird der Knopf durch zwei Schnürnähte fixirt. Jetzt wird der Gummiring aus seiner Rille durch Druck von außen in den tiefen Einschnitt des Knopfes gedrängt, wo er die Darmwände gegen den Knopf anpresst, um sie zur Nekrose zu bringen. Ist die Darmwand nekrotisch geworden, so verfällt der Knopf, der von jenem Ringe nicht vollkommen gedeckt wird, der Verdauung.

Verf. giebt genaue Vorschriften, die Knöpfe nach seinen Intentionen herzustellen, um keine Misserfolge durch schlechte Instrumente zu erleben. Die Größe des Gummiringes, die Anlegung der Schnürnaht nach Murphy, die Art der Einführung des Knopfes, die Herstellung einer seroserösen Sicherungsnaht und Anderes mehr, was für das Gelingen bei seiner Knopfanwendung nothwendig erachtet wird, ist ausführlich beschrieben. Eben so sind zahlreiche Thierversuche geschildert, bei denen K. die Brauchbarkeit seiner Methode geprüft hat. Die Herstellung der Anastomosen gelang ihm dabei sehr gut, und das Abgehen der Gummiringe wurde in verhältnismäßig rascher Zeit beobachtet, während die eigentlichen Knöpfe verdaut wurden.

Auch für das Colon, wo sich Darmnaht sowohl wie Murphyknopf wenig zuverlässig erwiesen haben und die Statistiken eine Sterblichkeit von 40—50% aufweisen, hat K. einen analogen Knopf aus Holz erprobt, der sich durch seinen weiten und kurzen Kanal

auszeichnet. Eine Invagination des centralen Theiles um die periphere Partie des Dickdarmes, gesichert durch Knopfnähte, vervollkommnet hier die Knopfmethode, die Verf. ebenfalls an Hunden erprobt hat.

Weiterhin sind in der Arbeit des Verf. noch einige Verfahren beschrieben, welche bei Anlegung einer Anastomose in zwei Zeiten und für den Verschluss des Magens bei der Resektion desselben nach der zweiten Billroth'schen Methode in Betracht kommen. Für den letzteren Eingriff verwendet K. ebenfalls resorbirbare Platten aus entkalktem Knochen oder Elfenbein, welche an dem Theile des Magens durch Gummifäden festgenäht werden, wo die Resektion vorgenommen werden soll. Nach der Durchtrennung des Magens werden diese Platten in die Lichtung eingestülpt und darüber seroseröse Knopfnähte angelegt. Die Knochenplättchen fallen in den Magen und werden dort resorbirt. Diese Methode soll mit dem Doyen'schen Verfahren der Pylorusresektion in Konkurrenz treten, ja eine Reihe Vorzüge vor demselben besitzen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

8) **Neumann.** Zur operativen Behandlung der Dilatatio ventriculi bei Pylorospasmus und Hyperacidität.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 2.)

Verf. empfiehlt auf Grund der Mittheilung eines sehr inkonstanten Falles bei Magendilatation wegen Pylorospasmus mit Hyperacidität beim Versagen jeder inneren Therapie, die Jejunostomie auszuführen, weil so der Magen längere Zeit völlig aus dem Verdauungsgeschäfte ausgeschieden wird. Die Jejunostomie ist die rationellere und einfachere Operation. Sie hindert überdies nicht, dass später unter besseren Verhältnissen die Gastroenterostomie ausgeführt wird.

Borchard (Posen).

---

9) **L. Sabbatoni** und **G. Fasola.** Sulla funzione motoria dell' intestino.

(Sperimentale 1900. No. 4.)

Die sorgfältigen experimentellen Untersuchungen der Verff. prüfen die Frage, ob am Darme antiperistaltische Bewegungen vorkommen. Sie benutzten nach dem Vorgange Anderer die Methode, abgetrennte Darmtheile in verkehrter Richtung wieder einzunähen. Nur wenn diese Stücke nicht über 15 cm lang waren, gelang es ihnen, die Versuchshunde am Leben zu erhalten. In allen anderen trat Peritonitis ein, weil die Darmnaht da, wo das periphere Ende des zuführenden Darmes mit dem unteren des abgetrennten zusammengebracht war, nicht hielt. Auch da, wo der Eingriff überstanden war, stellten sich sekundäre Abmagerung, Diarrhöen etc. ein. Die Sektion ergab eine Dilatation des eingenähten Stückes vornehmlich nach seinem unteren, also jetzt oberen Ende zu. Der Darm hatte nur Flüssigkeiten durchgelassen, dagegen nicht feste

Speisetheile, welche sich in dem dilatirten Darmstücke angesammelt hatten. Verff. schließen wohl mit Recht, dass auch nach dem scheinbaren Einheilen solcher umgedrehten Darmstücke die Peristaltik in ihnen sich nicht umdreht, die Flüssigkeit nur durch die Bewegungen des Körpers und der Eingeweide überhaupt weiter vordringen konnte.

Weitere Experimente versuchten die motorische Thätigkeit einzelner Darmabschnitte in Gestalt aufsteigender oder absteigender Fisteln (durch Durchtrennen und seitliche Einpflanzung hergestellt) zu studiren oder eine Schlinge U-förmig umzubiegen und in ihre Mitte dann das obere Darmende einzupflanzen. Auch hier zeigte sich jedes Mal, dass der Darminhalt nur in normal gerichteten Abschnitten fortbewegt wurde. Die Bewegung ließ sich graphisch darstellen.

Endlich wird für den Hund nachgewiesen, dass der untere Ileumabschnitt sich durch besondere Form, Weite und Entwicklung der Muskulatur auszeichnet. Er nimmt eine ähnliche Stellung ein, wie das Antrum pyloricum im Magen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

10) **v. Beck.** Über Aktinomykose des Verdauungsapparates.

(Ärztliche Mittheilungen aus und für Baden 1901. No. 1 u. 2.)

An der Hand der an 9 Kranken im Karlsruher städtischen Krankenhause gemachten Beobachtungen entwirft v. B. in dem im ärztlichen Verein Karlsruhe gehaltenen Vortrage in großen Zügen ein Bild der Aktinomykose des Verdauungsapparates, der bevorzugten Ansiedelungsstätte des Strahlenpilzes. Die Infektion findet meist durch grobe Verunreinigungen der Nahrungsmittel statt; sie erfolgt besonders leicht, wenn chronisch-entzündliche Processe einen Locus minoris resistentiae geschaffen haben, so bei Caries der Zähne oder Druckgeschwüren der Mundhöhlenschleimhaut durch Reiben eines spitzen Zahnes, bei Magen- und Darmgeschwüren, chronischer Entzündung und Kothstauung in Wurmfortsatze und Blinddarme. Meist handelt es sich nicht ausschließlich um eine Infektion mit dem Strahlenpilze, sondern Mischinfektionen geben dem klinischen Bilde das Gepräge; es entstehen Phlegmonen und Abscesse akuten und subakuten Charakters. Erwähnenswerth ist die Lokalisation der Strahlenpilzwucherungen auf Lippe und Zunge, die leicht zur Verwechslung mit Carcinomen führen kann. Speiseröhre und Magen erkranken in der Regel nur sekundär bei Aktinomykose des Rachens und der Brustorgane. Dagegen führt die primäre Lokalisation im Darmkanale zu Erkrankungen des Wurmfortsatzes und des Blinddarmes unter dem wechselnden Bilde der Appendicitis, so wie des Mastdarmes mit Ausgang in Stenose. Die von v. B. geübte Therapie besteht in Entfernung der exstirpirbaren Geschwülste, in Spaltung und Auskratzung der Abscesse und Fistelgänge, so weit diese zu verfolgen sind; sie wird unterstützt durch Darreichung von Jodkalium und, sofern dieses nicht vertragen wird, von Arsen. In Fällen mit ausgedehnten Infiltraten und Fistelgängen hat v. B. von prolongirten

warmen Bädern gute Erfolge gesehen. Den Schluss des lesenswerthen Aufsatzes bildet die ausführliche Mittheilung der Kranken- und Operationsgeschichten der beobachteten Kranken.

Bauer (Zell i/W.).

---

11) **Hahn.** Über die operative Behandlung bei Pancreatitis haemorrhagica.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 1.)

Mittheilung von 5 Fällen, deren einer (Schussverletzung) sich durch einen glatten Verlauf trotz der großen Blutung in die Bauchhöhle auszeichnete. Es muss desshalb die Ursache für den gewöhnlichen schweren Verlauf nicht in einer Blutung, sondern in einer schweren Infektion resp. Intoxikation zu suchen sein. Verf. räth dringend von der jetzt allgemein geübten symptomatischen und abwartenden Behandlung ab und empfiehlt bei der Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf hämorrhagische Pankreatitis eine kleine Incision in der Mittellinie unterhalb des Nabels; bei Feststellung von Fettgewebsnekrose ist von jedem weiteren operativen Eingriffe Abstand zu nehmen und nur das vorhandene blutige Sekret zu entfernen. In einem derartigen Falle trat glatte und sofortige Heilung ein.

Borchard (Posen).

Kleinere Mittheilungen.

Ein kleiner Kniff zur Technik des Ureterenkatheterismus.

Von

S. v. Fedoroff, Moskau.

Von Tag zu Tag wird das Gebiet der Cystoskopie und des Katheterismus der Ureteren bei der Diagnostik der Nierenkrankheiten immer größer und größer. Wir begnügen uns schon nicht mehr mit einer, kurze Zeit dauernden, Katheterisirung eines Harnleiters, sondern finden es als zweckmäßig, zuweilen stundenlang den Katheter liegen zu lassen. In letzter Zeit sind sogar Instrumente vorgeschlagen (Casper), die es erlauben, beide Harnleiter gleichzeitig zu katheterisiren. Auch mehrere Jahre vorher hat schon Casper ein Cystoskop konstruirt, welches die Möglichkeit gestattet, während der Katheter im Harnleiter liegen bleibt, das Cystoskop aus der Blase zu entfernen. Dieses Casper'sche Cystoskop hat ein besonderes kleines Stäbchen, das den Ureterenkatheter aus der Rinne heraushebt, und entspricht völlig dem Zwecke, zu dem es erdacht war.

In den letzten $1^1/_2$ Jahren katheterisire ich aber fast ausschließlich mit dem nach Albarran'schem Principe konstruirten Cystoskop (der Firma Loewenstein in Berlin) und kenne seitdem bis jetzt noch keinen Fall, wo mir die Katheterisation der Harnleiter nicht gelungen wäre. Der einzige Nachtheil war der, dass während des Harnauffangens neben dem Harnleiter auch das Cystoskop in der Blase liegen bleiben musste, was den Kranken zuweilen große Unannehmlichkeiten machte. In der letzten Zeit fand ich aber ein leichtes Mittel, dieselben zu beseitigen, indem ich den Katheter liegen ließ und das Cystoskop selbst entfernte.

Wenn es nun nöthig ist, den Katheter für längere Zeit im Harnleiter liegen zu lassen, schiebe ich denselben ca. 10—15 cm in den Harnleiter hinauf, strecke den Hebelapparat des Cystoskops und beginne jetzt den letzteren langsam aus der Blase herauszuziehen, indem ich den Ureterenkatheter fortwährend

durch das Cystoskop in die Blase hineinschiebe. Allmählich kommt das Cystoskop aus der Blase in die Harnröhre und endlich auch aus derselben heraus. Jetzt erscheint vor dem Orificium urethrae der Ureterenkatheter, welcher sofort mit zwei Fingern gefasst wird, wonach man das Cystoskop völlig entfernt.

Wie bei der Frau, so auch bei dem Manne geschieht dieses Vorgehen mit Leichtigkeit, und der Katheter bleibt dann stundenlang im Harnleiter liegen. Es ist auch möglich, sofort wieder das Cystoskop, mit einem neuen Katheter armirt, in die Blase einzuführen und den zweiten Harnleiter zu katheterisiren, wonach man auf dieselbe Weise das Cystoskop entfernt und nun den Harn aus beiden Nieren gesondert und beliebig lange Zeit auffangen kann.

Ich glaube, dass ein Jeder, der mit der Cystoskopie vertraut ist und das Verfahren erproben wird, dasselbe auch als ein sehr leichtes und bequemes erklären dürfte.

Moskau, 1901, Februar.

---

12) **A. W. Prichard.** Three abdominal cases presenting some unusual features.

(Bristol med. journ. 1900. December.)

Von den mitgetheilten Fällen sind folgende bemerkenswerth:

1) Operation eines perforirten Magengeschwürs 18 Stunden nach dem akuten Beginne bei sehr schlechtem Allgemeinzustande. Nahe der Cardia fanden sich 2 Löcher in der Magenwand, das größere für 2 Fingerspitzen durchgängig. Vernähung der Öffnungen war bei der schlechten Beschaffenheit der Ränder und der Umgebung nicht möglich, bei der Excision hätte ein zu großes Stück der Wandung fortfallen müssen. Daher einfache Jodoformgazetamponade der betreffenden Stelle und der benachbarten Bauchhöhlenpartie, 2 Drainrohre. Heilung der Wunde in 3 Wochen; Speisen wurden ziemlich gut vertragen. 5 Wochen nach der Operation erste Anzeichen eines linksseitigen subphrenischen Abscesses, welcher von der Pleurahöhle aus nach Vernähung des Zwerchfelles mit der Pleura parietalis durch jenes hindurch incidirt wurde. 3 Tage später Tod. Bei der Autopsie fanden sich die Magenwundränder völlig vereinigt (außerdem ein metastatischer Abscess in der rechten Niere).

2) 37jährige Frau, vor 9 Jahren Appendicitis, seither chronische Verstopfung, seit 2 Tagen Erscheinungen von Darmverschluss. Bei Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie stößt man auf ein Konvolut fest verwachsener Darmschlingen, mit welchem der sehr lange und bandartige Wurmfortsatz mit der Spitze verwachsen ist. Resektion des Fortsatzes; die Lösung der eingeschnürten Darmschlingen gelingt erst nach Resektion einer Schlinge. Völlige Heilung.

Mohr (Bielefeld).

13) **A. E. Barker.** Remarks on twelve consecutive cases treated by operation for perforating gastric ulcer.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXIII.)

B. giebt im Anschlusse an 7 im Brit. med. journ.' von ihm veröffentlichte Fälle 5 weitere Krankengeschichten von operirten Fällen von perforirtem Magengeschwür; er ordnet seine 12 Fälle dann tabellarisch nach verschiedenen Gesichtspunkten.

10 Fälle betreffen junge unverheirathete Frauen, nur 2 Männer. Das wichtigste Symptom für die Diagnose einer Perforation, auf deren frühzeitigste Stellung ja Alles ankommt, sind die plötzlich und stark einsetzenden Schmerzen im Epigastrium; Chok ist nicht immer vorhanden, für sein Auftreten ist die Menge und reizende Beschaffenheit des in die freie Bauchhöhle fließenden Mageninhaltes maßgebend; die Verletzung an und für sich bedingt ihn nicht. Neben der Menge des Mageninhaltes ist vornehmlich die Zeit zwischen Perforation und Operation maßgebend. In des Verf. 5 Fällen, die in Heilung ausgingen, fand letztere $8^1/_2$,

18, $7^1/_2$, 18, $6^1/_2$ Stunden nachher, in den 7 Fällen, die tödlich endeten, 32, 28, 17, $3^1/_2$, 8, 77, 48 Stunden nach Perforation statt. Erstere geben ein Mittel von $11^3/_8$, letztere von $30^1/_2$ Stunden.

Das Verschwinden der Leberdämpfung ist zwar ein wichtiges Symptom für die Diagnose, aber immerhin von zweifelhaftem Werthe, wie B.'s Fälle beweisen; das Symptom war freilich immer vorhanden, wo größere Gasmengen ausgetreten waren. Für das schwankende Auftreten dieses Symptoms giebt Verf. mechanisch-physikalische Erklärungen.

In keinem Falle hat er das Geschwür excidirt; hält aber trotzdem gelegentlich Excision für die zweckmäßigste Operationsmethode. So ist ihm ein Fall verloren gegangen, wo nach anfänglich glattem Verlaufe eine neue Blutung in den Magen hinein tödlich verlief, was er bei Excision hätte vermeiden können; in allen Fällen saß das Geschwür in der vorderen Magenwand.

B. zieht das trockene Austupfen mit Schwämmen resp. Kompressen der feuchten Behandlung der Bauchhöhle vor, räth aber dringend zu besonderer Berücksichtigung des subphrenischen Raumes, um so spätere Abscesse in dieser Gegend zu vermeiden.

In einem Falle fand sich eine ausgedehnte Gasansammlung in der Bauchhöhle, ohne dass das Geschwür eine wirkliche Perforationsöffnung aufwies; Verf. erklärt dies durch Überwandern von Saprophyten durch eine haarfeine, rasch vernarbende Öffnung mit sekundärer Gasbildung, wahrscheinlich des Bact. coli.

F. Kraemer (Berlin).

14) **Dieulafoy.** Vomito negro appendiculaire.

(Indépendance méd. 1901. No. 3.)

Verf. beobachtete bei 7 (sämmtlich operirten) Fällen von Appendicitis im Verlaufe der Erkrankung ein eigenartiges Krankheitsbild, welches er wegen seiner Ähnlichkeit mit dem exotischen »Vomito negro« mit dem Namen »Vomito negro appendiculaire« bezeichnet. Es handelte sich um wiederholtes Erbrechen großer Mengen schwarzen Blutes (seltener von Blutgerinnseln und frischem Blute) bei schwer toxischem Allgemeinzustande: Ikterus, Albuminurie, Oligurie. Das Blutbrechen kommt nach Verf. durch einen toxisch-infektiösen Zustand der Magenschleimhaut zu Stande. Das Symptom trat meist erst einige Zeit nach Beginn der Erkrankung (häufig erst nach der Operation) auf, in 3 Fällen erfolgte der Tod im Anschlusse an eine heftige und kopiöse Hämatemesis durch Einlaufen von Blut in die Lungen bei septischem Allgemeinzustande des Pat., in 2 weiteren Fällen wurde der Tod durch die nach Entleerung großer Blutmengen aufgetretene Anämie herbeigeführt resp. beschleunigt. 2 Kranke genasen. Lokal fand sich meist eine Appendicitis perforativa, in 2 Fällen allgemeine Peritonitis.

Mohr (Bielefeld).

15) **A. Percy Allan.** A case of appendicitis with abscess perforating into the bladder. Recovery.

(Brit. med. journ. 1900. November 17.)

Bei einem Falle von Appendicitis, der anfänglich keine Besonderheiten darbot, entwickelte sich eine harte, intensiv schmerzhafte Schwellung nach der Regio inguinalis zu. Dieselbe schwand plötzlich, indem gleichzeitig heftige Blasenbeschwerden auftraten. Katheterismus ergab stark eiterhaltigen Urin. Unter wochenlang fortgesetzten Blasenspülungen besserten sich allmählich die Erscheinungen, und es trat Heilung ein. **Weiss** (Düsseldorf).

16) **Th. Kok.** Über Perityphlitis-Operationen in der chirurg. Klinik in Kiel im Sommersemester 1899.

(Inaug.-Diss. Kiel, 1900. 21 S.)

Helferich schreitet bei akuter Perityphlitis nur operativ ein, wenn durch die Gefahr einer Perforationsperitonitis oder durch hohes Fieber das Leben des

Pat. direkt bedroht erscheint; bei recidivirenden Fällen wird in jedem Falle die Operation angerathen, die womöglich im freien Intervall unternommen wird. Bericht über 8 Fälle verschiedener Art mit einem Todesfalle an Pyelophlebitis und multiplen Leberabscessen. **H. Lindner** (Dresden).

17) **M. Steinberg.** Zur Frage von den künstlichen Brüchen.
(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 5.)

S. beschreibt einen Fall von linksseitigem Leistenbruch, der alle Zeichen einer künstlichen Hernie darbot: Die Bruchpforte saß am äußeren Pole des Foramen ing. ext., die Hernie war eine direkte, ging nicht in den Hodensack hinab, und die Bruchpforte war sehr groß: 3,6×1,8 cm, so dass das Ein- und Austreten des Bruches sehr leicht stattfand. Nur ein Symptom, das für die künstlichen Hernien charakteristisch ist, fehlte: Pat. war kein Hebräer und hatte seine Dienstpflicht schon beendet. Der Bruch entstand schon nach den Dienstjahren bei schwerer Arbeit, vor 3 Jahren. Jetzt ist Pat. 32 Jahre alt. — Der Fall zeigt, wie vorsichtig man bei der Beurtheilung solcher Brüche bei Rekruten sein muss, da von diesem Urtheile das Schicksal des Pat. (wenigstens in Russland) abhängt: für absichtliche Selbstverstümmelung wird Gefängnisstrafe verhängt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

18) **Uhlenbrak.** Über einen Fall von Hernia inguino-interstitialis.
(Inaug.-Diss. Kiel, 1900. 19 S.)

49jähriger Zimmermann besaß seit 10 Jahren einen Bruch, den er ohne Beschwerden trug und gelegentlich selbst zu reponiren pflegte. Seit 6 Wochen ziehende Schmerzen nach dem Essen. Es findet sich ein reponibler linksseitiger großer Leistenbruch, unvollkommener Descensus testiculi und eine faustgroße Geschwulst, die sich über dem linken Lig. inguinale von der Höhe der Spina il. ant. sup. zum äußeren Leistenringe hervorwölbt und dort unter einer Einziehung in die Leistenbruchgeschwulst übergeht. Reposition unter Gurren möglich, nach derselben fühlt man oberhalb des Lig. inguinal. einen schrägen, durch 3 Fingerspitzen verschließbaren Spalt. Bei der Operation findet sich eine gemeinsame Bruchpforte, der innere Leistenring, ein Bruchsack geht von derselben nach oben und außen zwischen Obliquus externus und internus hinein. Es wird die Radikaloperation ausgeführt. Heilung. Betrachtungen über Ätiologie und Behandlungsweisen der in Frage kommenden Bruchformen schließen sich dem Referate über den Helferich'schen Fall an. **H. Lindner** (Dresden).

19) **W. Spencer.** Clinical lecture on some exceptional cases of gastric surgery.
(Brit. med. journ. 1900. November 17.)

S. bringt verschiedene interessante kasuistische Beiträge zur Magenchirurgie.

1) Eine 48jährige Frau wurde plötzlich von lebhaften Schmerzen im Epigastrium befallen. Es trat eine Auftreibung des Leibes ein. Als sie nach 7wöchentlicher flüssiger Diät wieder gewöhnliche Kost zu sich nahm, dieselben Schmerzen. Verschiedentlich traten dann Anfälle auf von starker Auftreibung des Leibes, verbunden mit Verstopfung und Abnahme der Urinmenge. Allmählich entstand im Epigastrium eine unbewegliche Geschwulst. Als diese 10 Monate nach Beginn der ersten Erscheinungen frei gelegt wurde, ergab sich, dass der Pylorustheil des Magens durch eine $2^1/_2$ Zoll lange Fischgräte an die Bauchwand angespießt war. Um diese herum hatte sich ein Abscess gebildet. Die Gräte wurde extrahirt, die Adhäsionen zwischen Magen und Bauchwand getrennt. Der verdickte Theil der vorderen Magenwand wurde resecirt. Pat. genas.

2) 2 Fälle von recidivirender Magenblutung. Bei einer 44jährigen Frau, welche seit 20 Jahren an Magenblutungen litt, die mit immer größerer Häufigkeit auftraten, fanden sich bei der Operation an der Magenwand sehr stark gefüllte und geschlängelte Venen. Es bestand eine geringe Pylorusstenose, Zeichen eines

Geschwürs oder einer Narbe fehlten. Pyloroplastik, $1^1/_2$ Jahre später war die Kranke noch ohne alle Beschwerden.

Bei einer anderen Kranken bestanden die Magenblutungen seit 10 Jahren. Bei der Operation fand sich an der Grenze des mittleren und unteren Drittels des Magens ein Geschwür, an dessen Grunde eine ziemlich große Arterie mitsammt der zugehörigen Vene verlief. Die Gefäße wurden unterbunden und der Grund des Geschwürs invaginirt. Nach 1 Jahr abermals beträchtliche Blutung. Bei der erneuten Operation fand sich eine große Ulceration am Pylorustheile des Magens, wesshalb die Gastroenterostomie ausgeführt wurde. Ein Jahr später war Pat. ohne alle Beschwerden.

3) Ein 34jähriger Mann, der Salzsäure getrunken hatte, bot das Bild einer hochgradigen Pylorusstenose. Bei der Operation fand sich ein sehr kleiner und sehr dickwandiger Magen, in dessen Lichtung man erst gelangt, als man sich von einer Incision nahe der Cardia durch 1 Zoll dickes Narbengewebe hindurch gearbeitet hatte. Es fand sich eine kleine Höhle mit ulcerirten Wänden. Es gelang eine Verbindung zwischen ihr und dem Jejunum herzustellen. Der Kranke hatte seitdem keine Magenbeschwerden mehr.

4) Gelegentlich einer Operation, welche S. wegen einer Magendilatation ausführte, fand sich der Pylorus von massigen Verwachsungen umgeben und an der unteren Fläche der Leber fixirt. Die kardiale Hälfte des Magens und Colon transversum waren fest mit der vorderen Bauchwand verwachsen, so dass eine Vereinigung von Magen und Jejunum ohne eine ausgedehnte und langdauernde Trennung der Verwachsungen nicht möglich erschien. S. legte desshalb eine Fistel zwischen dem Magen an der Grenze zwischen dessen mittlerem und unterem Drittel und dem absteigenden Theile des Duodenums an. Als die Kranke nach 6 Wochen das Krankenhaus verließ, konnte sie feste Nahrung zu sich nehmen und nahm an Körpergewicht zu.

Bezüglich der Technik bemerkt S., dass er die Naht gegenüber der Anwendung des Murphyknopfes bevorzugt. **Weiss** (Düsseldorf).

20) **F. Kiefer** (Mannheim). Beitrag zur operativen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 24.)

In dem ersten der beiden mitgetheilten Fälle von akuter Perforation eines Magengeschwüres wurde bei dem 20jährigen Mädchen, nachdem die von dem dargereichten Morphium gebrachte scheinbare Besserung wieder geschwunden war, 16 Stunden nach den ersten Erscheinungen, bei denen die Pat. Schmerzen im Arme und Schulterblatte und das Gefühl hatte, als wenn ihr innerlich etwas im Leibe vom Magen herunterliefe, der Bauchschnitt gemacht, die bohnengroße Perforationsöffnung an der Vorderfläche des Magens, um welche herum noch keinerlei Adhäsionsbildung eingetreten, gefunden, wegen Brüchigkeit der Ränder ausgeschnitten und das Loch vernäht, was ziemlich schwierig war. Heilung.

Auch der 2. Fall verlief günstig: sein Entwicklungsgang war folgender: Primär Gallensteine, sekundär Cholecystitis und Verwachsung mit der näheren Umgebung und dem Duodenum; später Bildung eines Geschwüres in letzterem, welches allmählich größer wurde und fast täglich Blutungen veranlasste. Bei der Operation riss bei Ablösung der Gallenblase von dem Duodenalgeschwür dieses ein; Excision desselben und Naht, Ausschneidung der Gallenblase nebst Ductus cysticus. Heilung. **Kramer** (Glogau).

21) **A. E. Barker.** A case of gastroenterostomy followed by pylorectomy; recovery.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXIII.)

Verf. berichtet über einen Fall von Pyloruscarcinom, wo zweizeitig die Gastrojejunostomie und Pylorusresektion ausgeführt wurde. Es handelt sich um eine 55jährige Frau, die Schmerzen ungefähr in der Milzgegend hatte, wo eine gut

walnussgroße, leicht verschiebliche Geschwulst gefühlt wurde. Erst der operative Befund stellte die auf ein Coloncarcinom gestellte Diagnose richtig. Nachdem in der üblichen Weise eine Gastroenteroanastomosis retrocolica angelegt worden mit Anwendung des Murphyknopfes, schritt B. 5 Wochen später zur Resektion des Pylorus. Beide Operationen heilten recht gut; ein Jahr später jedoch ging die Pat. an einem Recidive ein.

In manchem Falle hält Verf. die zweizeitige Operation, wie im beschriebenen, mit Rücksicht auf die bessere Gewährleistung eines verlängerten Lebens für zweckentsprechend, bedingt durch die Verminderung des Risikos eines Choks und einer Perforation, vor Allem durch die Möglichkeit einer besseren Ernährung gleich nach der Operation, zumal wenn, wie es in diesem Falle geschah, die erste Operation unter Lokalanästhesie vor sich gehen kann (Eucain) und so die gleich hinterher begonnene Ernährung durch kein Erbrechen gestört wurde.

Erwähnt sei noch, dass B. bis dahin bei ähnlichen Operationen im Allgemeinen die Naht bevorzugt hatte. **F. Kraemer** (Berlin).

22) **Sörensen.** Über stenosirende Dünndarmtuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 2.)

Mittheilung von 3 Fällen. Im einen handelte es sich um eine solitäre Stenose des Ileum, in den beiden anderen waren neben einer typischen Ileocoecalgeschwulst eine ganze Anzahl von ringförmigen Strikturen des unteren Dünndarmes vorhanden. Es wurde in allen 3 Fällen die Enteroanastomose gemacht und Befreiung von allen Beschwerden erzielt. **Borchard** (Posen).

23) **K. Hügel.** Ileocoecale Resektionen bei Darmtuberkulose. Beitrag zur Frage der Darmausschaltung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Tuberkulose des Dickdarmes, bei denen operativ vorgegangen werden musste. Bei dem einen Falle war eine tuberkulöse Geschwulst der Regio ileocoecalis vorhanden, bei dem 2. Pat. neben dieser noch das Colon ascendens bis zur Mitte des Colon transversum ergriffen, und im 3. Falle hatte die Krankheit die Flexura coli dextra ergriffen. Die Eingriffe bestanden in Anlegung von Anastomosen, Ausschaltung der kranken Darmpartien und Resektion derselben. Sie führten in 2 Fällen zur Heilung nach sehr eingreifenden und schwierigen Operationen, 1 Pat. starb. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte jedes Mal die Diagnose.

Bei der Besprechung der Frage, welche Operation am zweckmäßigsten in solchen Fällen vorzunehmen sei, entscheidet sich H. dafür, dass man den kranken Theil möglichst total entfernen soll. Was die Ausschaltung des Darmes betrifft, so schließt H. sich Denen an, welche eine totale Ausschaltung mit blinder Vernähung beider Enden ohne Sicherheitsventil als zu gefährlich und darum unzulässig ansehen. Er hält die bisher veröffentlichten und als geheilt geltenden Fälle solcher totalen Darmausschaltungen mit Recht nicht für einwandsfrei. Außerdem aber glaubt er, dass Ausschaltung der kranken Darmtheile und Enteroanastomose keine Dauerheilung garantiren, wesshalb er mit v. Eiselsberg und v. Barącz bei beweglichen und nicht zu großen Geschwülsten ohne Tuberkulose der regionären Lymphdrüsen und Komplikation von Lungenphthise die Resektion als Operation der Wahl ansieht. Bei Fällen mit gleichzeitiger Lungentuberkulose empfiehlt Verf. auch die totale Darmausschaltung mit Eröffnung der vorgelagerten Darmenden. Man kann durch Jodoformgazetamponade den ausgeschalteten Darm gegen die Bauchhöhle fest abschließen und, wenn es später der Kräftezustand erlaubt, nach dieser Voroperation noch die Resektion ohne eine 2. Laparotomie anschließen, d. h. sie extraperitoneal ausführen.

Am Schlusse seiner Arbeit schreibt H. folgenden Satz: »Sicherer aber ist, durch Abbinden oder Abklemmen der zu dem vorgelagerten Darmabschnitte führenden Mesenterialgefäße die Involution der Tuberkulose zu erreichen, wodurch möglicherweise eine spätere Resektion erspart bleibt«.

Die Heilung tuberkulöser Herde durch Schwächung der Ernährung kranker Körpertheile widerspricht indess wohl im Allgemeinen den Principien, welche die moderne Therapie bei der Heilung der Tuberkulose anerkennt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

24) Tenderich. Über Darmverschluss während der Schwangerschaft.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 610.)

Verf. operirte eine dicht vor der Entbindung stehende, an Ileus erkrankte Schwangere mit Glück. Da links neben dem Nabel eine druckempfindliche Stelle bestand, Schnitt am linken äußeren Rectusrande. Es stellten sich reichlich Därme vor den Uterus ein, und es fand sich ein Pseudoligament in der Richtung etwa zwischen Nabel und Schenkelring, welches eine Schlinge abschnürte. Die letztere, durch Trennung des Bandes frei gemacht, war sehr gangränverdächtig, konnte aber äußerer Umstände halber nicht resecirt werden, wesshalb sie in der Wunde fixirt wurde. Verlauf: Gangrän der eingenähten Schlinge, widernatürlicher After. Am nächsten Tage normale Geburt. Genesung vom Ileus. Der widernatürliche After heilte unter Klemmenbehandlung bis auf eine Fistel.

Verf. giebt im Anschlusse daran eine Tabelle von 20 ihm aus der Litteratur bekannt gewordenen Fällen. Die Schwangerschaft, die in den einzelnen Fällen sehr verschieden weit vorgeschritten war, scheint an sich kaum zum Entstehen des Ileus von Wichtigkeit gewesen zu sein. Die Veranlassung zu letzterem war recht verschiedenartig: Pseudoligamente, Invagination, Darmstriktur etc. 9 Fälle sind medikamentös behandelt (4 geheilt, 5 †), 9 sind laparotomirt (5 geheilt, 4†), 2mal wurde künstliche Frühgeburt gemacht. T. sieht die letztere nicht als rationell an, sondern spricht allein zu Gunsten der Laparotomie, bei welcher er in seinem 10 Monate schwangeren Falle die räumlichen Verhältnisse in der Bauchhöhle nicht beengter fand, als bei sonstigen Ileusfällen. (T. hat hier besonderes Glück gehabt. Ref. fand in einem analogen Falle[1] nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie die Därme völlig durch den gewaltigen Uterus verdeckt, den Bauchhöhleneinblick gleich Null. Die künstliche Geburtseinleitung wäre hier wahrscheinlich zweckmäßiger gewesen. T.'s kasuistische Sammlung ist unvollständig. Er übersah z. B. 2 Fälle von Meyer [Kopenhagen] — Monatsschrift für Geburtshilfe Bd. IX — und 1 Fall von Münchmeyer [Dresden] — Centralblatt für Gynäkologie 1899 p. 1376).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) A. O. J. Kelly (Philadelphia). Tumours of the vermiform appendix.

(University med. magazine 1900. Mai.)

Die Seltenheit der Geschwülste am Wurmfortsatze ist allerseits in den Statistiken anerkannt, ein wohl vollständiges Litteraturverzeichnis ist beigefügt. Unter 706 Wurmfortsätzen, welche in den 3 Jahren 1897/99 von John B. Deaver im Deutschen Hospitale in Philadelphia operativ entfernt wurden, fand K. 3mal Carcinom und 1mal Endotheliom; dagegen wurde an der Leiche niemals Geschwulstbildung gefunden. Die Symptome waren stets die der Appendicitis. 3mal waren mit derselben gleichzeitig entzündliche Vorgänge verbunden, welche zur Operation geführt hatten. Die Geschwülste waren dabei von mikroskopischer Größe und würden bei gewöhnlicher Untersuchung dem Beobachter entgangen sein. Wenigstens in 3 Fällen handelte es sich wohl sicherlich um primäre Geschwülste, was im 4. Falle zweifelhaft blieb. Bemerkenswerth war in 2 Fällen das jugendliche Alter der Kranken, 24 und 19 Jahre.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

26) K. G. Lennander. Plastisk operation vid incontinentia ani.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar. N. F. Bd. V. p. 589.)

Verf. theilt 2 neue Fälle von Sphinkteroplastik mit. Der 1. Fall L.'s ist mit seinen operationstechnischen Einzelheiten in diesem Blatte 1899 p. 722 vom Verf. beschrieben worden. Der 2. Fall betraf einen 35jährigen Mann, der wegen Uro-

[1] Kurz erwähnt in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI. p. 435.

genitaltuberkulose vor 6 Jahren mit Exstirpation der Prostata, beider Samenblasen, des linken Samenstranges und Nebenhodens behandelt war. Auch die hintere Seite der Harnröhre wurde in einer Ausdehnung von 3 cm resecirt. Da eine mäßige Inkontinenz für Winde bestehen blieb, wurde 3 Jahre später von einem anderen Arzte der Sphincter ani durch einige Suturen verkürzt. Wahrscheinlich wurden dabei sowohl Urethra wie Mastdarm mitgefasst; denn es kam zu einer urethrorectalen Fistel, durch welche $^1/_3$ des Harnes abging, und die Inkontinenz wurde so sehr verschlechtert, dass Pat. sich der Gesellschaft gänzlich entziehen musste. Nach vorherigem hohen Blasenschnitte machte nun Verf. die plastische Operation, welche durch die 2 vorhergegangenen Operationen bedeutend erschwert wurde. 6 Wochen nach der Operation konnten sowohl Winde wie Koth zurückgehalten werden, dann aber bildete sich im Becken zwischen Mastdarm und Kreuzbein ein Abscess aus, der zu einer dauernden Urethro-rectalfistel führte. Die durch dieselbe abgehende Harnmenge ist jedoch mit der Zeit höchst unbedeutend, die Fähigkeit, die Darmcontenta zurückzuhalten, fast vollkommen geworden. Dennoch will Verf. diesen Fall nicht als vollbeweisend für die Möglichkeit, die Funktion des Sphincter ani durch kombinirte Wirkung der Levatores ani und Glutaei maximi zu ersetzen, erachten, einmal weil die rechte Seite des Sphinkters sich in diesem Falle kontrahiren konnte, und weil zweitens wahrscheinlich der größte Theil der Levatores ani kontraktionsunfähig war.

Der 3. Fall betraf einen 63jährigen Mann mit voller Incontinentia alvi nach Exstirpation des Mastdarmes wegen Krebs. Die plastische Operation wurde ähnlich wie in den vorerwähnten Fällen ausgeführt, aber die Drainage in weit größerer Ausdehnung gemacht als vorher. Der Effekt der Operation war der gewünschte. Schon 1 Monat nach der Entlassung stellte sich die Defäkation nur 1mal am Tage ein, wenn die Stühle nicht diarrhoisch waren.

Verf. hält es für wünschenswerth, den amputirten Mastdarm so weit wie möglich nach vorn im Damme einzunähen, um Raum zu gewinnen zur Transplantation einer großen Muskelmasse, vielleicht mit Exstirpation des Steißbeines. Vielleicht kann die Sphinkterplastik in einzelnen Fällen auch in derselben Sitzung mit der Rectaloperation ausgeführt werden. **Hansson** (Cimbrishamn).

27) **Jordan** (Heidelberg). Über die subkutane Milzzerreißung und ihre operative Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

In dem die Abhandlung veranlassenden Falle handelte es sich um einen jungen Officier, der, nach hinten vom Pferde stürzend und auf die linke Seite aufschlagend, sich dabei den Korb seines gegen einen Baum andrängenden Säbels in die linke Bauchseite stieß und sofort heftige Schmerzen in letzterer empfand. Dieselben steigerten sich bald noch mehr, es trat Erbrechen, Schwächegefühl und Unruhe ein. Die Milzgegend und ihre Umgebung war auf Druck äußerst empfindlich, zeigte bald ausgedehnte Dämpfung, die Bauchmuskulatur starre Kontraktion, die Leberdämpfung keine Veränderung; der Puls war beschleunigt und klein, das Aussehen des Pat. stark anämisch.

Nach und unter subkutaner Kochsalzinfusion Operation in Äthernarkose; aus dem eröffneten Leibe entleerten sich ca. 2 Liter flüssigen, dunklen Blutes. Die Milz zeigte oberhalb des unteren Poles einen die ganze Dicke des Organes durchsetzenden Querriss, einen 2. Einriss nahe dem Hilus; auffallenderweise fand sich der Dünndarm in seiner einen Hälfte krampfhaft zusammengezogen, in der anderen aufgebläht, auch das S romanum spastisch kontrahirt. Exstirpation der Milz nach Anlegung eines 2. (queren) Schnittes am unteren Rippenbogen. — Pat. erholte sich bis zum nächsten Tage; Meteorismus, Erbrechen, heftige Schmerzen, Schwächeanfälle, Fieber als Symptome einer umschriebenen Peritonitis so wie einer trockenen Pleuritis sin. komplicirten den weiteren Verlauf; doch erfolgte schließlich Heilung, ohne dass es zu Erscheinungen gekommen war, die auf vikariirende Thätigkeit anderer blutbildender Organe schließen ließen. Die Blutuntersuchung ergab circa 10 Wochen nach der Verletzung Herabsetzung des Hämoglobingehaltes auf 50%

und Verminderung der rothen Blutzellen, einige Monate später nahezu normalen Befund; Pat. ist jetzt wieder vollständig gesund.

Anschließend an den Fall, werden unter Berücksichtigung der Litteratur die Symptomatologie und Behandlung der Milzzerreißung, die Erfolge der Splenektomie und die Bedeutung der Milz im Allgemeinen besprochen. Bis jetzt liegen 18 Fälle von erfolgreicher Exstirpation der verletzten Milz vor.

Kramer (Glogau).

28) **Karewski.** Ein Fall von traumatischer Milznekrose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 1.)

Ein 12jähriges Mädchen war in einem Thorwege zwischen einen schweren Wagen und den Rand des Thorweges gerathen. Außer einem Schlüsselbeinbruche stellten sich allgemein peritonitische Erscheinungen ein, die an eine Darmkontusion denken ließen. Nach 14 Tagen waren die Erscheinungen vorüber. Nach kurzer Zeit trat Fieber auf, als dessen Ursache sich ein linksseitiger subphrenischer Abscess erwies. Bei der perpleuralen Eröffnung desselben lag in der Abscesshöhle die nekrotische, aus der Kapsel herausgepresste Milz, die sich leicht und ohne nennenswerthe Blutung entfernen ließ. **Borchard** (Posen).

29) **D'Arcy-Power.** Successful removal of an enlarged and displaced spleen.

(Brit. med. journ. 1900. November 17.)

Bei einer ca. 40jährigen Frau stellten sich nach einem Stoße in die linke Seite Unterleibsbeschwerden ein, welche an Intensität immer mehr zunahmen. 2 Jahre nach dem Unfalle bemerkte Pat., dass der Leib an Umfang zunahm. Die weiteren Erscheinungen bestanden in Verdauungsstörungen, Erbrechen, Abmagerung.

Bei der Untersuchung zeigte der Leib einen Umfang, wie zwischen dem 6. und 7. Monate der Gravidität. Die ganze linke Seite des Bauches war von einer großen, weichen Geschwulst eingenommen. Dieselbe war frei beweglich, doch verursachte die Verlagerung nach oben lebhafte Schmerzen. Ein Zusammenhang der Geschwulst mit den Genitalien ließ sich ausschließen.

Bei der Operation erwies sie sich als die vergrößerte und verlagerte Milz mit so langem Stiele, dass sie bequem außerhalb der Bauchhöhle gelagert werden konnte. Die Stielgefäße wurden unterbunden und die Milz ($2^1/_2$ Pfund schwer) entfernt.

22 Tage nach der Operation, nachdem der Verlauf bis dahin ein durchaus günstiger gewesen war, traten Temperatursteigerungen auf, 2 Tage später war der Zustand sehr bedenklich, doch gingen die bedrohlichen Erscheinungen wieder zurück, um sich indess noch einmal zu wiederholen. Es wurde ein subphrenischer Abscess festgestellt und eröffnet; nach Abstoßung einiger Ligaturen schloss sich die Höhle. Völlige Heilung. Irgend welche Erscheinungen von dem Ausfalle der Milzfunktion hat die Kranke nicht gehabt. Die mikroskopische Untersuchung ergab lediglich Hypertrophie des Milzgewebes. **Weiss** (Düsseldorf).

30) **Franke.** Über einen eigenthümlichen Fall traumatischer adhäsiver Peritonitis (Perihepatitis).

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. No. 11.)

Ein 26jähriges Fräulein erkrankt plötzlich mit Erbrechen und »fürchterlichen« Schmerzen in der Lebergegend ohne Temperatursteigerung. Etwa 3—4 Wochen vorher war dieselbe vom Rade auf die linke Seite gestürzt, wobei sie sich den linken Arm verstaucht hatte. Da in den nächsten Wochen trotz Behandlung mit Eisblase, heißen Umschlägen, Terpentin-Prießnitz-Umschlägen, leichten Abführmitteln eine Besserung nicht eintritt, wird die Laparotomie vorgenommen. Hierbei zeigt sich die ganze vordere Fläche des rechten Leberlappens mit dem gegenüberliegenden Bauchfelle verwachsen, so dass sich in Folge dieser ziemlich frischen

Verwachsungen die Leber bei der Athmung nicht verschiebt. Die Verwachsungen werden gelöst, und es tritt reaktionslos Heilung ein.

Da Verf. bei der betreffenden Dame die Thatsache konsequenten, jahrelangen Schnürens feststellen konnte, sucht er unter ausführlicher Begründung seiner Annahme die Entstehung der Erkrankung in der Weise zu erklären, dass bei dem erwähnten Radfahrunfalle in Folge starken Schnürens zunächst eine oberflächliche Leberruptur eintrat und in Folge weiteren Schnürens sich hieraus eine Perihepatitis entwickelte. **Motz** (Hannover).

31) **Chevalier.** Hépatite suppurative, Laparotomie, Autopsie.

(Arch. méd. belge 1900. Februar.)

Der vorliegende Fall ist merkwürdig wegen der Schwierigkeit der Diagnose, welche selbst nach der Laparotomie nicht gestellt werden konnte. Pat., ein Unterofficier, erkrankte ohne bekannte Veranlassung unter gastrischen Erscheinungen, namentlich mit Schmerzen im Epigastrium. Fieber, Kopfschmerz, Epistaxis fehlten, Stuhlgang normal. Appetit gering. Man gab ein Abführmittel. 2 Tage später setzten erhöhte Temperaturen ein, die Schmerzen vertheilten sich mehr im ganzen Unterleibe. Am 12. Tage kam ein Schüttelfrost, auf Chinin verschwand das Fieber. Die Leber zeigte sich vergrößert, war aber auf Druck nicht schmerzhaft. Am 15. Tage kam ein 2. Schüttelfrost, ein 3., und 4. folgte, und so zog sich der Fall hin, ohne dass man zu einer genauen Diagnose kam. Die Behandlung bestand in inneren Mitteln, Chinin, Arsenik etc., äußerlich gab man Umschläge. Der Urin war und blieb normal. Am 36. Tage glaubte man einen Leberabscess annehmen zu müssen, aber eine Probepunktion blieb erfolglos. Am 40. Tage machte man die Laparotomie in der Linea alba zwischen Proc. ensiformis und Nabel. Der linke Leberlappen war stark vergrößert, aber trotz genauester Untersuchung der Bauchhöhle fand man nichts, so dass man wieder zunähte. Tod 5 Tage später. Die Sektion ergab einen größeren, 250 g haltenden Abscess in der Tiefe hinter dem linken Leberlappen, da wo der rechte ihm ansitzt. Beide Leberlappen enthielten noch zahlreiche kleinere Abscesse, die aber als pyämische nicht bezeichnet werden konnten, vielmehr aus einer Cholangitis sich entwickelt zu haben schienen. Dr. Hermann, Direktor des bakteriologischen Institutes in Mons, fand in dem Eiter neben zahlreichen Mikrobien vorwiegend eine Abart des Bact. coli, welche am meisten auf den Eberth'schen Bacillus herauskommt. Die Ätiologie des Falles blieb dunkel. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

32) **C. Oddo.** L'abcès du foie par contusion chez l'enfant.

(Revue des malad. de l'enfance 1901. Januar.)

Zusammenstellung von 9 Fällen aus der Litteratur und einem eigenen Falle. Einem 13jährigen Knaben fällt ein 10 kg schweres Kohlenstück auf die Regio iliaca dextra. Anfangs nur Schmerzen an dieser Stelle, vom 4. oder 5. Tage an Fieber. Am 14. Tage nach der Verletzung erst Schmerzen in der Lebergegend. Etwa 25 Tage nach dem Unfalle Erbrechen und Auswürgen von großen Mengen Eiter.

5 Tage später, bei der Aufnahme in die Klinik, bestand schmerzhafte Vorwölbung in der Regio epigastrica, 4 cm von der Mittellinie entfernt.

Der Zustand war der eines Phthisikers im letzten Stadium.

Am nächsten Tage Emphysem über der Vorwölbung; der Tod schien bevorzustehen. Die Incision zeigte Verklebung des Peritoneums und entleert schokolatenfarbigen Eiter, der Leberzellen enthält; große subphrenische Höhle; bei Ausspülung wird Spülflüssigkeit unter Husten entleert, ein Leberabscess nicht gefunden. Schnelle Erholung.

Die Kommunikation mit dem Bronchus am 4. Tage nicht mehr nachzuweisen. Nach der Operation Symptome des Pneumothorax subphrenicus. Die beabsichtigte Rippenresektion, um auch die Höhle von hinten her drainiren zu können, sollte 4—5 Wochen später vorgenommen werden. Dieselbe wird verweigert. Ausgang unbekannt.

Verf. betont: 1) die Häufigkeit der traumatischen Leberabscesse im Kindesalter im Gegensatze zu der geringen Neigung zu Leberabscessen aus anderen Ursachen, also das umgekehrte Verhalten wie beim Erwachsenen;

2) die Möglichkeit einer sekundären Abscessbildung in der Leber nach traumatischer Erkrankung im Bauchfellraume (siehe seinen Fall).

Besprechung der Symptome des Pneumothorax subphrenicus im Anschlusse an Körte (3 verschiedene Schallzonen), den er in 2 Punkten ergänzt:

1) Über der tympanitischen Zone hörte man normales vesiculäres Athmen, am deutlichsten vorn, wo jedoch auch der tympanitische Klang am stärksten ausgebildet war (letzterer Umstand besonders gegen abgesackten Pneumothorax intrapleuralis sprechend).

2) Ein eigenthümliches entferntes amphorisches Gurren (gargouillements), das unabhängig von der Athmung auftritt, besonders bei Lageveränderungen.

F. Göppert (Kattowitz).

33) **F. Kuhn** (Kassel). Freie Gänge bei Gallensteinoperationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Da die Ursache von Recidiven nach Gallensteinoperationen häufig ältere zurückgebliebene Konkremente sind, die dann die Wege verlegen oder Entzündungen machen, ist es unbedingt nothwendig, sich vor Schluss der Bauchhöhle davon zu überzeugen, dass alle Gänge vollständig frei sind, so schwierig dies auch in manchem Falle werden kann. Ein prägnantes Beispiel hierfür theilt K. aus seinen Erfahrungen mit; erst nach wiederholter Operation zum Schlusse einer Gallenblasenfistel gelang es in dem betreffenden Falle, das Hindernis für den freien Gallenabfluss in den Darm an der Ausmündungsstelle des Ductus choledochus ins Duodenum nachzuweisen. Verf. bedient sich hierbei mit Vortheil einer am Ende geknöpften und verschlossenen und mit einem knieförmigen Mandrin versehenen Spiralsonde, die er noch in einem anderen Falle bewährt gefunden hat. Ein anderes brauchbares Hilfsmittel, das K. zur Darstellung der Topographie und Durchgängigkeit der Gallengänge angewandt hat, bestand darin, dass letztere nach wasserdichtem Abschlusse der Gallenblasenfistel durch ein Gummirohr mittels eingespritzten sterilen Salzwassers angefüllt wurden. **Kramer** (Glogau).

34) **Marwedel.** Zur Kasuistik der Pankreasabscesse. (Aus der chirurg. Univ.-Klinik in Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 1.)

Der von M. operirte Fall betraf einen 60jährigen Mann, der seit 10 Monaten an nach links ausstrahlenden Schmerzen in der rechten oberen Bauchseite litt und bei sehr geringem Appetite mehr und mehr abgemagert war. Die Untersuchung stellte eine rundliche, sich hart anfühlende Geschwulst in der Tiefe des linken Epigastriums fest, die Mittellinie nach rechts um 2—3 cm überragend, bei Druck nicht schmerzhaft und nach dem Ergebnisse der Magenaufblähung scheinbar zwischen Colon und Magen, in Wirklichkeit aber unterhalb des ersteren gelagert. Der Urin enthält etwas Eiweiß und Zucker, die Körpertemperatur war nur 1mal etwas erhöht, sonst normal. Bei dem wegen Verdacht auf eine vom Schwanztheile des Pankreas ausgehende Geschwulst ausgeführten Bauchschnitte fand sich jene über faustgroß, vom Dünndarmgekröse überlagert und erwies sich als ein großer retroperitonealer Abscess im peripankreatischen Gewebe, der vom Pankreas ausgegangen war. In dem dicken, übelriechenden Eiter wurde später der Bacillus pneumoniae Friedländer nachgewiesen, nekrotisches Pankreasgewebe nicht gefunden. Fixation der Absceswände am parietalen Bauchfell, Drainage der Höhle. Ungestörter Verlauf mit Bildung einer allmählich sich schließenden Chylusfistel; Heilung mit vollständigem Aufhören der Schmerzen und rascher Erholung des Kranken.

Den von Körte zusammengestellten 7 Fällen von operirtem Pankreasabscess, zu denen noch ein weiterer von Elliot kommt, reiht sich der vorstehend berichtete als 9. Fall an, so dass jetzt im Ganzen 6 durch Operation geheilte Fälle vorliegen. **Kramer** (Glogau).

35) **Greisch.** Über einen Fall von Pankreascyste mit den Erscheinungen des Choledochusverschlusses.

(Inaug.-Diss. Kiel, 1900. 27 S.)

46jähriges Mädchen, auf der Helferich'schen Klinik operirt, seit über 1 Jahr ikterisch, zeigt eine Geschwulst der Gallenblase (Ektasie), daneben eine Cyste im Kopfe des Pankreas, die incidirt wird. Da ein Verschluss des Choledochus vermuthet wird, Choledocho-Duodenostomie. Dabei findet sich im Duodenum reichlich Galle, so dass erkannt wird, dass nur eine Kompression des Choledochus durch die Pankreascyste vorgelegen hat. Heilung.

H. Lindner (Dresden).

Der 19. Kongress für innere Medicin

*findet vom **16.—19. April 1901** in **Berlin** statt.*

*Die Sitzungen finden im **Architektenhause**, Wilhelmstraße 92/93, statt.*

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Herzmittel und Vasomotorenmittel.

Referenten: Herr Gottlieb (Heidelberg) und Herr Sahli (Bern).

Myelitis acuta.

Referenten: Herr v. Leyden (Berlin) und Herr Redlich (Wien).

Im Übrigen Vorträge und Demonstrationen.

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet:

Herr Bier (Greifswald): — Auf Wunsch des Geschäftskomités —: Über die Anwendung künstlich erzeugter Hyperämien zu Heilzwecken.

- » *Smith (Schloss Marbach): Die Funktionsprüfung des Herzens und sich daraus ergebende neue Gesichtspunkte.*
- » *Schütz (Wiesbaden): Über die Hefen unseres Verdauungskanales.*
- » *J. Hofmann (Schloss Marbach): Über die objektiven Wirkungen unserer modernen Herzmittel auf die Herzfunktion.*
- » *Hirschberg (Frankfurt a/M.): Die operative Behandlung der hypertrophischen Lebercirrhose.*
- » *v. Strümpell (Erlangen): Über Myelitis.*
- » *Schott (Nauheim): Über das Verhalten des Blutdruckes bei der Behandlung chronischer Herzkrankheiten.*
- » *Strasburger (Bonn): Gärungsdyspepsie der Erwachsenen.*
- » *Hugo Wiener (Prag): Über synthetische Bildung der Harnsäure im Thierkörper.*
- » *Münzer (Prag): Zur Lehre von der Febris hepatica intermittens nebst Bemerkungen über Harnstoffbildung.*
- » *Litten (Berlin): Thema vorbehalten.*
- » *Hermann Strauss (Berlin): Demonstration eines Präparates von »idiopathischer« Ösophagusdilatation.*
- » *Martin Mendelsohn (Berlin): Über die Erholung des Herzens als Maß der Herzfunktion.*
- » *Karl Hirsch (Leipzig): 1) Über die Bestimmung des inneren Reibungswiderstandes des lebenden Blutes beim Menschen und über die Bedeutung der Viskositätsbestimmungen für die klinische Medicin.*
  —— *2) Demonstration eines Falles von Hernia diaphragmatica.*
- » *J. Jacob (Cudowa): Pulswelle und Blutdruck im kohlensauren Bade, nach demselben, nach Duschen und Moorbädern, so wie Wirkung derselben auf den Herzmuskel.*
- » *G. Klemperer (Berlin): Untersuchungen zur Prophylaxe der harnsauren Nierensteine.*
- » *Felix Klemperer (Berlin): Über Nervenendigungen in Kehlkopfmuskeln.*
- » *Aug. Hoffmann (Düsseldorf): Über paroxysmale Arhythmie.*

Herr *Paul Mayer* (*Berlin-Carlsbad*): *Über den Abbau des Zuckers im Organismus.*
» *v. Hansemann* (*Berlin*): *Über Lungensyphilis* (*mit Demonstrationen*).
» *Th. Sommerfeld* (*Berlin*): *Pathologisch-anatomische Beiträge zur initialen Phthise.*
» *Moritz* (*München*): *Ergebnisse der orthoröntgenographischen Herzbestimmung für die Herzperkussion.*
» *F. Wohlgemuth und C. Neuberg* (*Berlin*): *Über das physiologische Verhalten der drei stereoisomeren Arabinosen.* (*Vorgetragen von Herrn F. Wohlgemuth.*)
» *M. Bial* (*Kissingen*): *Beobachtungen und Versuche über chronische Pentosurie.*
» *Joh. Müller* (*Würzburg*): *Über den Umfang der Stärkeverdauung im Munde und Magen des Menschen.*
» *Rosenfeld* (*Breslau*): *Über Organverfettungen.*
» *F. Blumenthal und Dr. C. Neuberg* (*Berlin*): *Über die Glycerose* ($C_3H_6O_3$).
» *H. Rosin* (*Berlin*): *Über die quantitativen Verhältnisse der Kohlehydrate im Harn und Blut, insbesondere der Diabetiker.*
» *Prof. A. Baginsky*: *Über einen konstanten Bakterienbefund im Scharlach.*
» *P. Fr. Richter* (*Berlin*): *Neuere Bestrebungen auf dem Gebiete der Nierendiagnostik.*
» *Rothschild* (*Frankfurt a/M.-Soden*): *Über die osmotischen Druckschwankungen pleuritischer Exsudate und ihre klinische Bedeutung.*
» *Immelmann* (*Berlin*): *Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für den ärztlichen Sachverständigen.*
» *Maximilian Neumann* (*Wien*): *Die Radioskopie und Radiographie in der internen Medicin.*
» *Eugen Jonas* (*Liegnitz*): *Die Wichtigkeit der Nasenanomalien für die innere Medicin, ihre sociale und forensische Bedeutung.*
» *O. Vogt* (*Berlin*): *Über centralisirtes hirnanatomisches Arbeiten.*
» *Hampeln* (*Riga*): *Über die Pneumoniemortalität in Hospitälern.*
» *Karl Franke* (*München*): *Ein neuer Blutdruckmesser mit Pulsschreiber und Armauflage.* (*Mit Demonstration.*)
» *Schücking* (*Pyrmont*): *Über physiologische Wirkungen der Alkalisaccharate.*
» *Gust. Singer* (*Wien*): *Weitere Erfahrungen über die Ätiologie des akuten Gelenkrheumatismus.*
» *Wilhelm Türk* (*Wien*): *Zur Leukämiefrage.*
» *Edlefsen* (*Hamburg*): *Zur Ätiologie der Rachitis.*
» *Lilienstein* (*Nauheim*): *Über den Herzschatten in der Diaskopie und Radioskopie.* (*Mit Demonstration.*)
» *Rob. Heintz* (*Erlangen*): *1) Die Wirkung äußerer* (*thermischer und chemischer*) *Reize auf die Gefäßvertheilung in der Tiefe.*
» —— 2) *Über Excitantia und Sedantia der Respiration.*
» *Fritz Meyer* (*Berlin*): *Zur Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus.*
» *F. Blum* (*Frankfurt a/M.*): *Über Nierenerkrankung bei ungenügender Entgiftung enterogener Autointoxikationen.*
» *Ewald* (*Berlin*); *Mittheilung über Purgatin, ein neues Abführmittel.*
» *Leon Acher* (*Bern*): *Eine neue Methode zur Untersuchung des intermediären Stoffwechsels und über die Bildung der Milchsäure im Blute.*
» *H. Brat* (*Rummelsburg-Berlin, Goethestr. 2*): *Über die Bedeutung des Leimes als Nährmittel und ein neues Nährpräparat aus Gelatine.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. Sonnabend, den 30. März. 1901.

Inhalt: Salistscheff, Zur Technik der Radikaloperation großer Bauchwandbrüche. (Original-Mittheilung.)

1) **Piaget,** Wechselstrom. — 2) **Braatz,** Dampfdesinfektion. — 3) **Tuffier,** Skiaskopie bei Knochenbrüchen. — 4) **Thorburn,** Varicen. — 5) **Wlaeff** und **Hotmann,** Krebsbehandlung. — 6) **Zimmermann,** Mechanik des Hörens. — 7) **Wagner,** Influenza und Erkrankungen des Hörorgans. — 8) **Manasse,** Vereinigung des N. facialis mit dem N. accessorius. — 9) **Dalla Vecchia,** Verletzungen des N. vagus. — 10) **Linser,** Traumatische Epiphysenlösung am Humerus. — 11) **Loos,** Bicepsrupturen. — 12) **Romniciano** und **Bolintimano,** Coxitis. — 13) **Blauel,** Zerreißung des Kniescheibenbandes. — 14) **Köhler,** Unterschenkelgeschwür.

F. Franke, Circulus vitiosus mit tödlichem Ausgange nach Gastroenterostomie trotz Enteroanastomosis. (Original-Mittheilung.)

15) **Malapert** und **Gobillot,** Pneumatocele cranii. — 16) **Kummer,** Hirnstörungen nach Unterbindung der V. jugul. int. — 17) **Cholzow,** Kraniotomie bei Blutung. — 18) **v. Eiselsberg,** Traumatisches Aneurysma. — 19) **Dahlgren,** Otitis. — 20) **Guidone,** Rückenmarksnaht. — 21) **Quincke,** Athyreosis. — 22) **Mariani,** 23) **Dinkler,** Basedowsche Krankheit. — 24) **Guidone,** Resektionen. — 25) **Tronchet,** Thyreoidin bei verzögerter Callusbildung. — 26) **Morian,** Myositis ossificans. — 27) **Nimier,** 28) **Picqué,** 29) **Loison,** Osteome. — 30) **White,** Exstirpation der oberen Extremität. — 31) **Wegner,** Caries sicca der Schulter. — 32) **Morian,** Intratendinöse Ganglien. — 33) **Rager,** Angeborene Hüftverrenkung. — 34) **Wagner,** Coxa vara. — 35) **Eames,** Verrenkung im Knie. — 36) **Ahrens,** Arthropathia tabica. — 37) **Tschmarke,** 38) **Grosse,** Angeborene Missbildungen. — 39) **Gossner,** Amputationsstümpfe. — 40) **Blind,** Fersenbeinbrüche.

Zur Technik der Radikaloperation grofser Bauchwandbrüche.

Von
Prof. Dr. **Salistscheff** in Tomsk.

Zu den besten Methoden der Radikaloperationen von Brüchen gehören diejenigen, bei denen die Bruchöffnung nicht einfach durch passives fibröses Gewebe gedeckt wird, sondern aktives Muskelgewebe zum Verschlusse dient. Von diesem Gesichtspunkte aus erscheint die Methode von Bassini, die zunächst einen breiten Weg für die operative Hilfsleistung bei Hernien anbahnte, als thatsächlich radikale Operation bei Leistenbrüchen.

Eben so wird auch bei Nabelbrüchen und Brüchen in der Mittellinie der Bauchwand erst seit der Zeit ausreichende Hilfe geleistet, wo zur operativen Ausheilung derselben das Princip der Muskelplastik in Anwendung gebracht wird. Nachdem 1892 Condamin[1] und im darauffolgenden Jahre Gersuny[2] ihre Methoden der Radikaloperation der Nabelbrüche beschrieben, erschien eine Reihe werthvoller Mittheilungen, die dasselbe Thema weiter ausarbeiten (v. Bruns[3], Ostermayer[4], v. Brackel[5], Keen[6], Lauenstein[7], Kramer[8], Walther[9] u. A.).

Seitdem sind diese operativen Eingriffe, die bisher nur den geübten Händen kühner Chirurgen überlassen waren, Gemeingut Aller geworden und werden auch bei freien, nicht eingeklemmten Nabelbrüchen obligatorisch ausgeführt.

Die Grundlage der Arbeiten aller angeführten Autoren bildet das Princip der Verschiebung der anliegenden Muskeln in toto auf den vorher vernähten oder einfach entfernten Bruchring.

Vor nicht langer Zeit beschrieb Bessel-Hagen[10] eine neue Methode der Radikaloperation von Brüchen der Linea alba, bei der der M. rectus nicht in toto, sondern nur ein der Hälfte seiner Breite entsprechender Theil zur Deckung der Bruchöffnung benutzt wird. In der Mitte des Muskelbauches wird beiderseits die äußere Rectusscheide in ihrer Längsrichtung durchtrennt, dann die Mm. recti, so weit nöthig, der Länge nach nahezu bis zur inneren Scheide gespalten, die medialen Theile mit der zugehörigen äußeren Muskelscheide medianwärts umgeklappt und durch Muskelfasciennaht vereinigt. So kommt das äußere Blatt der Rectusscheide nach hinten zu liegen und dient mit zur Deckung der Bruchöffnung.

Gestützt auf Versuche an Thieren, empfehlen Diakonoff und Starkoff[11] zum Verschlusse kleiner Brüche an der Linea alba rechteckige, aus der halben Dicke des Rectus gebildete Lappen, die nur mit einem Ende mit dem Muskel in Verbindung bleiben, während das andere Ende frei ist.

Noch bevor mir diese letzte Arbeit zu Gesicht gekommen war, also unabhängig von ihr, kam mir bei Gelegenheit des folgenden Falles ein gleicher Gedanke.

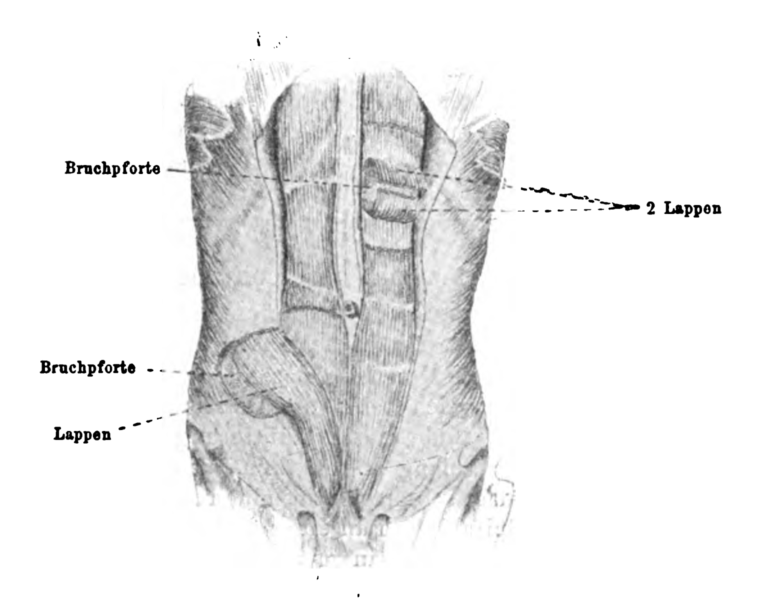
Im März 1899 stellte sich mir der 30jährige Arrestant N. B. mit einem großen Bauchwandbruche vor; die Bruchöffnung befand sich im oberen Theile des

[1] Archives provinc. de chir. 1892. No. 3 und 1893. No. 6.
[2] Centralblatt für Chirurgie Bd. XX. No. 43.
[3] Ibid. Bd. XXI. No. 1.
[4] Ibid. Bd. XXI. No. 5.
[5] Archiv für klin. Chirurgie Bd. L.
[6] Med. news 1888.
[7] Centralblatt für Chirurgie Bd. XXV.
[8] Archiv für klin. Chirurgie Bd. L.
[9] Revue de chir. T. XVIII. No. 12.
[10] Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXII.
[11] Centralblatt für Chirurgie Bd. XXVI.

M. rectus sin., der vor 3 Monaten bei einem Selbstmordversuche seiner ganzen Breite nach quer durchschnitten war und damals unvernäht blieb. Allmählich hatten sich die Schnittflächen des oberen und unteren Theiles des Muskels bis auf 8 cm von einander entfernt und gestatteten nicht die geringste Hoffnung auf direkte Vereinigung. Der Bruch war faustgroß. Ich beschloss zur vollständigen Deckung der Bruchöffnung 2 kurze Muskellappen zu bilden. Und so machte ich es auch.

Am 14. März 1899 Operation. An der Stelle des Bruches wurde, entsprechend der Mitte des linken geraden Bauchmuskels, durch einen Längsschnitt die Bauchhöhle eröffnet, während oberhalb und unterhalb des Bruches der Schnitt nur das äußere Blatt der Muskelscheide durchtrennte. Der Bruchsack wurde entfernt, das Bauchfell mit fortlaufender Naht vernäht. Der freigelegte M. rectus wurde sodann oberhalb wie unterhalb des Bruchpfortenraumes, 8 cm von ihm entfernt, der Quere nach von einem Rande zum anderen bis zu seiner halben Dicke durchschnitten und von hier aus in der Richtung zur Bruchöffnung hin seiner Dicke nach halbirt bis auf eine Entfernung von 2 cm vom Rande der Bruchpforte. Die so gebildeten Lappen wurden über die Bruchöffnung hinübergelagert und an ihren freien Rändern mit einander vernäht. Den Schluss der Operation bildete die Naht der Aponeurose und der Haut.

Die Heilung erfolgte per primam. Nach einem halben Jahre ließ sich konstatiren, dass an der Stelle der früheren Bruchöffnung sich eine feste, kontraktile Wand befindet, welche der Bauchpresse ausgezeichneten Widerstand leistet.



Ein 2. Mal wurde die gleiche Methode von mir, doch mit der Bildung nur eines langen Lappens, in Ausführung gebracht bei einem 39jährigen Kranken, der einen sehr umfangreichen Bruch von Mannskopfgröße in der vorderen seitlichen Bauchgegend aufwies, die Folge einer 5 Jahre früher beigebrachten Wunde. Die Öffnung, 12 cm lang und 9 cm breit, lag lateralwärts von der Scheide des Rectus abdomin. sin., etwa 2—3 cm von ihrem lateralen Rande entfernt, der Längsdurchmesser entsprach in seiner Richtung dem Faserverlaufe des M. obliquus externus.

Die Operation wurde am 25. September 1900 vorgenommen. Nach Entfernung der Narbe, des Überschusses verdünnter Haut und des Bruchsackes vernähte ich das Bauchfell. Mittels eines weiteren Längsschnittes legte ich den lateralen Rand der

Scheide des linken geraden Bauchmuskels frei, eröffnete sie, löste ihre vordere Wand ab und bildete wie oben aus dem Muskel einen Lappen von 16 cm Länge; der freie Rand kam nach oben zu liegen, die Basis nach unten. Zur Deckung der Bruchöffnung musste der Lappen von seinem Ansatzpunkte um etwa 50° nach links gedreht werden. Die Ränder der Bruchpforte wurden nun angefrischt und der Lappen so eingenäht, dass er durch die Naht mit den Mm. obliquus und transversus verbunden war. Mit Vernähung der V-förmigen Hautschnitte war die Operation beendet. In den Winkel des »V« kam ein Theil der verdünnten Haut aus der Umgebung der früheren Narbe zu liegen. Beim ersten Verbandwechsel am 5. Tage sah man, dass die verdünnte Haut im Winkel gangränescirt war und eine Granulationsfläche von 4 qcm hinterlassen hatte. Dieselbe vernarbte später.

Nach 3 Monaten war an die Stelle der großen Bruchöffnung eine feste, unnachgiebige Wand getreten, die sich eben so energisch kontrahirte, als die korrespondirende Stelle der gesunden Seite.

Angesichts der deutlich ausgesprochenen Muskeleigenschaften des verpflanzten Lappens kann es kaum einem Zweifel unterliegen, dass das Muskelgewebe desselben keiner Degeneration anheimgefallen ist, sich nicht in unkontraktiles und leicht dehnbares narbiges Bindegewebe verwandelt hat, vielmehr seiner ihm zukommenden physiologischen Bedeutung und Rolle durchaus nicht verlustig gegangen ist.

In beiden angeführten Fällen erhielten wir also an Stelle der früheren großen Bruchöffnung eine physiologisch normale Bauchwand — wir erhielten das Resultat, das von einer wirklichen Radikaloperation verlangt werden muss, d. h. nicht nur Beseitigung der Krankheit, sondern volle Wiederherstellung der physiologischen Funktion des operirten Organes.

---

1) **R. Piaget.** Transformation des courants alternatifs en courants continus. Installation silencieuse d'un moteur.

(Ann. des mal. de l'oreille Bd. XXV. Hft. 12.)

Der kleine Aufsatz dürfte Manchem, der einen Motor für Wechselstrom anschaffen will, lehrreich sein; die Details lassen sich kaum referiren. Das Geräusch und die Erschütterung von Seiten des Motors zu unterdrücken, gelang P. dadurch, dass er ihn auf ein Rosshaarkissen setzte, das seinerseits in einen Kasten gelegt und mit diesem an starken Spiralfedern an einer dicken Mauer aufgehängt wurde, während über den Motor ein mit Filz ausgeschlagener Holzkasten gesetzt wurde.

Kümmel (Breslau).

2) **E. Braatz** (Königsberg). Zur Dampfdesinfektion in der Chirurgie.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 2.)

B.'s Versuche haben ihm von Neuem bestätigt, dass seine Verbandstoffeinsätze, die einen durchlöcherten Boden haben und mit geöffnetem, heruntergeklapptem Deckel in den Dampf gestellt werden, vor den von Schimmelbusch empfohlenen sehr erhebliche Vortheile besitzen, dass der Dampf in erstere mehr als 2mal so schnell

eindringt, als in letztere, und beim Gebrauch der Schimmelbusch-schen selbst nach 3/4 Stunden die Verbandstoffe noch nicht von siedendem Dampfe durchdrungen sein können, somit die Gefahr unvollständiger Sterilisation bieten. Außerdem ergaben die Versuche, dass das Schimmelbusch'sche Princip der Vorwärmung der Verbandstoffe im Lautenschläger'schen Apparat fehlerhaft sei, da nach Rubner's Untersuchungen, von deren Richtigkeit sich B. bei seinen eigenen überzeugen konnte, die Temperatur vorgewärmter Stoffe, die einem gesättigten Dampfe von 100°, ausgesetzt werden, auf 122° steigt und dieser überhitzte Dampf, nach dem Ergebnis bakteriologischer Prüfungen, gegenüber dem gesättigten von 100° von geringerer sterilisatorischer Wirkung ist. **Kramer** (Glogau).

---

3) **Tuffier.** Étude clinique et radiographique sur la réduction des fractures.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 949.)

T.'s Arbeit enthält kaum wesentlich Neues; die Erfahrungen, die er mittheilt, sind die gleichen, die jeder beschäftigte Chirurg zu seinem Leidwesen in eigner Praxis gemacht hat; ein Verdienst T.'s ist es aber, dass er sich nicht scheut, die Unzulänglichkeit unserer Behandlung der Knochenbrüche offen auszusprechen.

T. verglich in 45 Fällen von Knochenbrüchen das Ergebnis der skiagraphischen Untersuchung mit dem durch unsere anderen klinischen Untersuchungsmethoden gewonnenen und mit dem funktionellen Resultate. Als erstes Ergebnis konstatirt er die außerordentliche Häufigkeit der Unmöglichkeit einer guten Reduktion der Bruchstücke. Er hält es für eine Ausnahme, wenn es gelingt, bei einem Bruche des Unter- oder Oberschenkels oder des Oberarmes mit beträchtlicher Verschiebung der Fragmente eine exakte Koaptation zu erzielen, die durch die Skiagraphie bestätigt wird. Er erwähnt einen Fall von Unterschenkelbruch, in welchem er selbst und mehrere Kollegen eine gute Reposition und nur unbedeutende Verkürzung annahmen, und bei welchem das Skiagramm zeigte, dass das untere Fragment der Fibula mit dem oberen der Tibia verwachsen war. — T. betont weiter die große Schwierigkeit der Reposition selbst bei bloßliegender Bruchstelle in offener Wunde, die oft zu beobachtende Unmöglichkeit der Reduktion ohne Resektion der Bruchstücke. Die Ursache liegt theils in Interposition von Weichtheilen, theils im Gegeneinanderstemmen von Knochenvorsprüngen unregelmäßiger Bruchstücke, wesentlich aber daran, dass bei unseren Repositionsversuchen ein zu großer Theil der Zugkraft durch Verschiebung der Weichtheile verloren geht, dass unsere Kraft nicht am Knochen selbst, sondern an den ihn bedeckenden Weichtheilen angreift. Für die Reduktion bei offener Wunde hat T. desshalb einige besondere Instrumente erfunden, um ohne stärkere Quetschung einen direkten Zug am Knochen selbst in seiner Achse ausüben zu können. Um

die Retention durch Knochennaht zu erhalten, ist es nothwendig, die Durchtrittsstellen der Nähte durch den Knochen möglichst nahe an die Bruchstelle zu legen, die Fäden also kurz zu nehmen.

Glücklicherweise beweist die Prüfung der funktionellen Ergebnisse, dass für Wiederherstellung der Funktion eine vollständige Reduktion nicht unerlässlich ist. Wenigstens gilt dies für die Diaphysenbrüche, nach deren Konsolidation die Funktion oft selbst bei nicht unerheblicher Dislokation der Fragmente eine ganz zufriedenstellende ist, während bei den Brüchen der Epiphysen die Wiederherstellung der Funktion ganz innig mit einer möglichst exakten Wiederherstellung der normalen anatomischen Lageverhältnisse zusammenhängt.

Reichel (Chemnitz).

---

4) **W. Thorburn.** A clinical lecture on varix.

(Brit. med. journ. 1900. No. 7.)

T. unterscheidet bezüglich der Entstehungsweise der Varicen 3 Gruppen:

1) Angeborene Vergrößerung der Venen oder Schwäche ihrer Wandung und Klappen.

2) Behinderung des Blutabflusses aus den Venen.

3) Vermehrung der Blutzufuhr zu den Venen.

Die auf angeborener Anlage beruhenden Varicen finden sich hauptsächlich auf der linken Seite. Des weiteren beschränkt sich die Varicenbildung auf die Hauptvenenstämme mit oder auch ohne Betheiligung der größeren Äste. Die Erkrankung zeigt sich weitaus am häufigsten im Pubertätsalter beim männlichen Geschlechte. Das Hauptkontingent stellen diejenigen jungen Leute, welche wegen Krampfadern untauglich zum Militärdienste befunden werden. Häufiger ist eine erbliche Belastung zu konstatiren. Ödeme, Ekzeme und Geschwüre sind selten; von größerer Wichtigkeit ist indessen die Gefahr der Blutung. Das Leiden giebt zu mehr oder minder erheblichen Schmerzen Veranlassung. Manchmal findet sich auch eine Varicocele oder auch eine Erweiterung der Venen an den Armen und der Brust.

Bei der 2. Gruppe ist die Varicenbildung weit weniger scharf begrenzt. Das Leiden tritt beiderseitig auf, nur im Entstehungsstadium ist eine Seite befallen. Es findet sich eine Erweiterung der Venen jeglichen Kalibers. Hauptsächlich ist das weibliche Geschlecht betroffen. Das Leiden nimmt mit fortschreitendem Alter an Häufigkeit zu. Ödeme, Ekzeme und Geschwüre entwickeln sich nahezu in allen Fällen, während große Venensäcke mit atrophischer Hautbedeckung, welche die Gefahr einer profusen Blutung einschließen, zu den Seltenheiten gehören. Es lässt sich ein Faktum eruiren, welches zur Verlegung der Venen geführt hat; einen breiten Raum nimmt in der Ätiologie die Schwangerschaft ein.

Bei der 3. Gruppe finden sich keine Varicen an den großen Venenstämmen, wohl aber sind einzelne Stellen über das Bein ver-

streut, an welchen die kleinen Venen erweitert sind und eine sternförmige Anordnung von blaurothen Streifen zeigen. Ähnliche Verhältnisse finden sich im Rachen bei chronischer Pharyngitis, und auch an den Beinen ist an den afficirten Stellen eine Infiltration nachweisbar, welche auf eine alte Entzündung schließen lässt. T. glaubt für die Entstehung dieser Varicen eine lang dauernde übermäßige arterielle Blutzufuhr verantwortlich machen zu müssen. Er bezeichnet die Veränderungen als hyperämischen oder entzündlichen Varix.

Bezüglich der 1. Gruppe nimmt Verf. an, dass es sich um eine wahre Hyperplasie der Vene handele. Auch bei der 2. Gruppe ist er geneigt, Störungen in der Entwicklung des Venensystems anzunehmen. Die alleinige Verlegung der venösen Abfuhr genügt ihm zur Erklärung nicht, da die so häufigen Venenerweiterungen bei Schwangern nach Ablauf der Schwangerschaft meist zurückgehen. Auf die Behinderung der Blutabfuhr sind die sekundären Erscheinungen, Ödeme etc., zurückzuführen. Aber auch nach Beseitigung des Hindernisses bleibt die Blutabfuhr behindert, da die Klappen durch den gesteigerten intravenösen Druck insufficient und die Muskulatur atrophisch geworden sind.

T. schließt, dass die Exstirpation der Varicen bei der 1. und 3. Gruppe zur Heilung führen kann. Die Prognose hängt dabei von der Ausdehnung der befallenen Partie ab. Bei der 2. Gruppe ist die Entstehungsweise zu berücksichtigen. Entwickeln sich die Varicen im Verlaufe der großen Venenstämme, dann bietet die Operation Aussicht auf Erfolg, findet sich dagegen eine diffuse Erweiterung des Venensystems, dann bietet die operative Behandlung weniger Aussichten.

Weiss (Düsseldorf).

---

5) **Wlaeff** et **Hotmann** (Villiers). Le traitement du cancer par l'injection d'un sérum anticellulaire. Rapporteur Lucas Championnière.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris III. No. 43 u. 44.)

W. und H. gehen von der Annahme aus, dass gewisse Blastomyceten, die sie aus Carcinomen gezüchtet haben, als deren Urheber anzusprechen seien. Zur Gewinnung des aktiven Serum werden Vögel, für die Immunisirungsversuche Ratten verwendet, bei denen durch Inokulation der Blastomyceten Geschwulstbildungen auftreten. 10 ccm des Serum werden für je eine Einspritzung beim Menschen verwendet. Den Versuchen wurden fast nur inoperable Carcinome unterworfen, und es hat sich etwa Folgendes ergeben:

1) Das Serum ist durchaus ungefährlich.

2) Abschwellen und Härterwerden von Geschwülsten ist festgestellt worden, eben so

3) Narbenbildung auf bisher geschwürigen Flächen,

4) Nachlass stärkerer Blutungen,

5) Abschwellen von Ödemen und Verminderung quälender Schmerzen.

6) Zunehmen von Appetit und Gewicht; eine Heilung nicht.

Die Kritik Lucas-Championnière's lässt sich kurz dahin zusammenfassen: Die Untersuchungen von W. und H. verdienen — obgleich wissenschaftlich unsicher begründet — Beachtung und Weiterführung.

Die nachfolgende Diskussion schließt sich den Ausstellungen Lucas-Championnière's an; die Wirkung des Serum sei vorübergehend und nicht als specifisch zu bezeichnen, da auch frühere Methoden heterogenster Art ähnlichen Einfluss erkennen ließen und noch kein mit dem Serum der Autoren behandelter Fall zur Heilung gelangt sei. Nach wie vor müsse die Forderung nach frühzeitigster Operation aufrecht erhalten werden. **Christel** (Metz).

---

6) **G. Zimmermann** (Dresden). Die Mechanik des Hörens und ihre Störungen.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1900. 110 S.

Die höchst interessante Arbeit Z.'s bringt eine durchaus neue Theorie der Mechanik des Hörens, die sich den physikalischen Gesetzen wie der klinischen Beobachtung in vollkommener Weise anpasst.

Die Theorie Helmholtz' nimmt bekanntlich an, dass unterschiedslos alle auftreffenden Schallschwingungen das Trommelfell mitsammt der Gehörknöchelchenkette in toto ein- und auswärts bewegen und damit eine Massenverschiebung des Labyrinthwassers vom ovalen zum runden Fenster hervorrufen. Z. weist nun an der Hand physikalischer Experimente, so wie der klinischen Beobachtung in überzeugender Weise die Unhaltbarkeit dieser Theorie nach.

Nach Z. erfolgt die Zuleitung direkt vom Knochen auf die rings an seiner Innenwand ausgespannten Radiärfasern, und das Labyrinthwasser stellt nur die Einbettungsflüssigkeit dar, welche beweglich genug ist, um den Resonanzschwingungen gegenüber auszuweichen. Diese Ausweichungsstelle des Labyrinthwassers ist das Schneckenfenster, dessen zarte Membran völlig geeignet und allein genügend ist, durch Formveränderung seiner Oberfläche den verschiedenen Schwingungsformen nachzugeben. Die Kette der Gehörknöchelchen dagegen ist bei der gewöhnlichen Schallzuleitung völlig unbetheiligt, sie tritt nur in Thätigkeit, wenn es gilt, allzu starke Schwingungen der resonirenden Fasern zu dämpfen.

Es ist nach Z.'s Theorie klar, dass gerade die Fälle, welche mit Verdickung oder Verkalkung der Membrana secundaria, so wie die mit knöcherner Obliteration einhergehenden Processe mit zunehmender Schwerhörigkeit bis zu völliger Taubheit verbunden sein müssen. Hier eröffnet sich der chirurgischen Therapie ein neues, dankbares Feld. Wird durch operative Freilegung und Eröffnung mittels der

elektrischen Fraise dem Schneckenmechanismus wieder Bahn geschafft, so ist anzunehmen, dass an Stelle des entfernten Knochens eine neue bindegewebige Membran sich bilden wird, die den resonirenden Schwingungen einen günstigen Spielraum gestattet. Die technische Ausführbarkeit konnte Z. an der Leiche, so wie beim Kranken nachweisen.

Auf Einzelheiten der klar geschriebenen, viele originelle Ausblicke bietenden Arbeit einzugehen, ist hier nicht der Raum. Das Studium derselben kann Jedem, der sich mit der Chirurgie des Ohres beschäftigt, angelegentlichst empfohlen werden.

Strauch (Braunschweig).

---

7) **Wagner** (Berlin). Influenza und Erkrankungen des Gehörorgans.

(Charité-Annalen Jahrg. XXI. p. 306.)

W. unterscheidet 2 Gruppen der Mittelohraffektionen nach Influenza. Bei der einen wird das Gehörorgan unmittelbar oder nur wenige Tage nach der Allgemeininfektion ergriffen. Hier wurde durch bakteriologische Untersuchungen schon 1889/90 festgestellt, dass es sich um reine Infektion durch Influenzabacillen handle. Charakterisirt waren die dieser Gruppe angehörenden Fälle durch die Erscheinungen hochgradiger Hyperämie der Paukenschleimhaut, welche neben Abnahme der Hörfähigkeit auch häufig schwere, subjektive Geräusche und Schwindelerscheinungen herbeiführte, als Ausdruck eines Druckes der Steigbügelplatte auf das Labyrinth in Folge einer Schleimhautschwellung in der Umgebung des ovalen Fensters.

Dieser Gruppe der reinen Influenza-Infektion steht die zweite Gruppe gegenüber, bei welcher außer den Influenzabacillen noch andere pathogene Mikroben zur Entstehung der Erkrankung des Mittelohres beitragen, vor Allem Streptokokken und Staphylokokken, aber auch Fränkel'sche Diplokokken. Hier erfolgt die Infektion des Hörorgans erst später vom Rachen aus und ergiebt sich ein weniger einheitliches und weniger charakteristisches Bild, eine Mischform.

Therapeutisch wird die frühzeitige Paracentese für die erste Gruppe verworfen, da sie die Abschwellung der Schleimhaut nicht bewirken kann und selten ein flüssiges Exsudat vorhanden ist, welchem Abfluss verschafft werden muss. Hinzu kommt noch die Gefahr der Infektion vom Gehörgang aus. Durch Eis, künstliche Blutegel und Diaphorese suche man Abschwellung der Schleimhaut zu erreichen. Operative Eingriffe sind nur bei Verdacht auf Eiterung im Warzenfortsatze, Betheiligung des Sinus, des Hirns und seiner Häute angezeigt.

Interessant sind auch beigegebene graphische Kurventafeln, welche die Zahl der Todesfälle an Influenza in Berlin in den Jahren seit 1893 darstellen und deren Zu- oder Abnahme im Vergleich zu klimatischen Faktoren, Anzahl der Sonnenstunden, Niederschlägen und

relativer Luftfeuchtigkeit ziehen. Erwähnt sei hier nur, dass sich ein deutlicher Einfluss dieser Faktoren nicht ersehen lässt. Andererseits ergiebt sich, dass die Maxima der einzelnen Epidemien in immer weiteren Zwischenräumen eintreten, so dass ein allmähliches Erlöschen der jetzt herrschenden Epidemie in Aussicht zu stehen scheint. **Lühe** (Königsberg i/P.).

---

8) **P. Manasse.** Über Vereinigung des N. facialis mit dem N. accessorius durch die Nervenpfropfung (Greffe nerveuse).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Verf. macht die Nervenpfropfung, d. h. die Vernähung eines durchschnittenen Nerven in seiner peripheren Partie mit einem benachbarten Nerven von ähnlicher Funktion, welche die Gebrauchsfähigkeit im Gebiete des verletzten Nerven wiederherstellen soll, zum Gegenstande seiner Besprechung. Auf Grund einer sorgsamen Zusammenstellung der bisherigen klinischen Erfahrungen und besonders der über dieses Thema angestellten Thierexperimente kommt er zu der Ansicht, dass diese Versuche ungenügend seien, in so fern bei ihnen der strikte Nachweis der histologischen Vereinigung der Nerven durchgängig fehlt. Von diesem Gesichtspunkte aus nahm er neue Versuche an Hunden vor, indem er den N. facialis mit dem N. accessorius vernähte. Bei diesen Nerven besteht eine gleichartige und annähernd gleichwerthige Leistung, und es galt nun festzustellen, ob das periphere Ende des am Foramen styloideum durchschnittenen N. facialis mit dem Accessorius so verwächst, dass die Gesichtslähmung verschwindet, und ferner ob die physiologische, anatomische und histologische Untersuchung einen sicheren Übergang der Nervenfasern in einander erkennen ließ. Aus mancherlei im Originale genauer aus einander gesetzten Gründen wählte M. von den in Betracht kommenden Methoden die direkte Annähung des peripheren Facialisendes an den nicht seitlich angefrischten Accessorius. Diese Vereinigung wurde gewöhnlich durch 4 Seidennähte hergestellt, welche den N. accessorius in $^1/_4$ seiner Dicke mit fassten.

In klinischer Hinsicht zeigten die Experimente ein unbefriedigendes Ergebnis. Immerhin aber traten in der verhältnismäßig kurzen Dauer, in welcher die Thiere aus äußeren Gründen beobachtet werden konnten, Zeichen für das Schwinden der Lähmung auf. Auf den faradischen Strom trat innerhalb der 3 ersten Monate keine Reaktion ein, dagegen ließ sich eine solche bei allen Thieren von der zweiten Hälfte des vierten Monates an nachweisen. Übrigens zeigte sich eine sehr beträchtliche Regenerationsfähigkeit der durchschnittenen Nerven, in so fern wider Erwarten der centrale Theil des durchschnittenen Facialis die Vereinigungsstelle des peripheren Theiles mit dem Accessorius bei mehreren Thieren erreichte. Trotzdem aber konnte Verf. durch Anwendung schwacher Ströme nachweisen, dass der faradische Strom durch die neu hergestellte Verbindung hindurchgeleitet wurde, und auch die histologische Unter-

suchung wies überzeugend nach, dass der N. accessorius und der N. facialis an der Vereinigungsstelle durch direkten Übergang von Nervenbündeln kontinuirlich mit einander verbunden waren.

Nächst der Anführung seiner Versuchsprotokolle bespricht M. noch eine Reihe interessanter und wichtiger Fragen, von denen die am wesentlichsten sind, wie wohl die anatomische, histologische Verschmelzung der beiden Nerven zu Stande kommt, und vor Allem in welcher Weise die physiologische Thätigkeit des Facialis nach der Nervenpfropfung zu erklären ist. Es liegt in der Natur der Sache, dass speciell diese letztere Frage nur hypothetisch beantwortet werden kann.

Verf. ist der Ansicht, dass man Fälle von traumatischer Facialisparalyse, die jeder Behandlung trotzen und ihrem Träger das Leben verbittern, operativ zu beseitigen wagen darf, vorausgesetzt, dass man keine neuen Läsionen setzt und wie bei seinen Experimenten den N. accessorius nicht durchschneidet. Die Operation, die M. für den Menschen genauer schildert, soll sehr schwer sein, hauptsächlich wegen der variirenden Lage des N. accessorius zur Vena jugularis interna. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

9) **G. Dalla Vecchia** (Parma). Le lesioni del pneumogastrico nei processi chirurgici del collo.

(Clinica chirurgica 1899. No. 3—7.)

D.-V. beschäftigt sich in seiner Arbeit mit den zufälligen Verletzungen des Vagus im Laufe von Halsoperationen. Der vorausgeschickten anatomischen, physiologischen und pathologischen Orientirung sind keine neuen Gesichtspunkte zu entnehmen. In die Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur, die eine große Zahl von Beobachtungen umfasst, sind nur die zweifellosen Fälle aufgenommen. (Einen größeren Beitrag bietet die sonst schwer zugängliche italienische Kasuistik.) Aus diesen geht hervor, dass sich eigentlich keine bestimmte Regel ableiten lässt. In 45% der chirurgischen Verletzungen (31 Fälle) haben die Respirationsstörungen zum Tode geführt. Doch ist auch ein Fall erwähnt, welcher beiderseitige Vagusverletzung noch 3 Wochen überlebte. Traumatische Verletzungen, besonders Quetschungen, sind bedeutend ernster aufzufassen, wahrscheinlich weil nebst der Ausschaltung der Funktion auch ein dauernder Reizzustand der Centren geschaffen wird. D.-V. erhält auch eine Mortalität von 57%. Der Autor subsummirt unter diese Gruppe auch die Ligaturen des Vagus.

Experimentell hat sich D.-V. mit der Frage der Vagusnaht und der beiderseitigen Durchschneidung in 2 Zeiten beschäftigt. Die Naht des zuerst durchtrennten Nerven kann den sonst unvermeidlichen Tod bereits nach 25 Tagen abhalten.

D.-V. schließt »mit aller Sicherheit«, dass die einseitige Vagusdurchschneidung vom Organismus ohne Schaden vertragen wird; dass

daher eine Operation am Halse durch die Vagusdurchschneidung keine Verschlechterung der Prognose erfährt.

J. Sternberg (Wien).

---

10) P. Linser. Über die traumatischen Epiphysenlösungen am oberen Ende des Humerus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Ausgehend von 22 Fällen der v. Bruns'schen Klinik, so wie eigenen experimentellen histologischen Untersuchungen widmet L. der Pathologie und Therapie der traumatischen Epiphysenlösungen am oberen Humerusende eine ausführliche Besprechung. Die Ursache der Kontinuitätstrennung ist nach Verf. nicht, wie vielfach angenommen wird, eine indirekte, sondern gewöhnlich eine direkt wirkende Gewalt. Ist die Epiphysenlösung nicht mit Diaphysensplitterung verbunden, so erfolgt die Trennung stets peripher neben der Epiphysenlinie in einer halb knorpeligen, halb knöchernen Zone. Unter den verschiedenen Behandlungsmethoden erwies sich die vertikale Extension des Oberarmes bei horizontaler Lage des Pat. als erfolgreichste und sicherste. Bei dislocirt geheilten Epiphysenlösungen ist mit Rücksicht auf Funktion und Längenwachsthum des Knochens möglichst bald die blutige Reposition auszuführen.

Honsell (Tübingen).

---

11) O. Loos. Über subkutane Bicepsrupturen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Anschließend an 4 Fälle der v. Bruns'schen Klinik hat L. das gesammte kasuistische Material über Rupturen im Bauche, so wie in der Sehne des Bicepsmuskels zusammengestellt und einer ausführlichen Besprechung unterzogen. Danach liegt die Ursache der Ruptur meist in einer Dehnung des kontrahirten Muskels durch Einwirkung einer lebenden Kraft an dem langen, vom Vorderarme gebildeten Hebelarme, zum kleinen Theile nur in einer Alleinbelastung des langen Kopfes. Der Regel nach betreffen die Kontinuitätstrennungen ausschließlich den langen Kopf, und zwar am häufigsten am Übergange von Sehne in Muskel; Rupturen des Muskels allein sind seltener, am seltensten kommen Rupturen innerhalb der Sehne vor. Die Therapie hat die Aufgabe, die Resorption des Blutergusses und die Annäherung der Muskelenden zu begünstigen, so wie einer Atrophie vorzubeugen; event. kann auch eine operative Vereinigung in Betracht gezogen werden. Die Prognose richtet sich nach Sitz und Ausdehnung der Rupturen. Von 14 Rupturen des Muskelbauches des langen Kopfes waren 8 von keinerlei Funktionsbeeinträchtigung gefolgt, von 10 Rupturen an der Übergangsstelle hatten nur 2 erheblichere Störungen zur Folge; sehr starke Störungen zeigten dagegen 2 Fälle von Sehnenzerreißung.

Honsell (Tübingen).

---

12) **G. Romniciano** und **M. Bolintimano.** La marche dans la coxotuberculose, étudiée à l'aide du cinématographe.

(Révue mens. des malad. de l'enfance 1900. December.)

Der Gang einer Anzahl dieser Art von Kranken ist in Bilderserien dargestellt; außer Einzelheiten fällt im Wesentlichen die schon durch das Gehör wahrnehmbare Verkürzung des Theiles der Schrittes auf, bei dem der kranke Fuß die Stütze bildet.

F. Göppert (Kattowitz).

---

13) **C. Blauel.** Über die Naht bei subkutaner Zerreißung des Ligamentum patellae.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Wie Verf. an Hand zweier Fälle der v. Bruns'schen Klinik und mehrerer Beobachtungen aus der Litteratur erörtert, ist die bisher nur selten geübte Nahtvereinigung des zerrissenen Kniescheibenbandes ein leicht auszuführender Eingriff, der stets von vollem Erfolge begleitet gewesen ist und mit Recht empfohlen werden kann. Vor der konservativen Therapie hat das blutige Verfahren den wesentlichen Vortheil, dass die Heilung in kürzerer Zeit erreicht wird, und dass alle die Heilung verzögernden resp. verhindernden Zufälligkeiten — als Kapselinterposition oder Umkrempelung der Rissenden — sicher erkannt und beseitigt werden können. **Honsell** (Tübingen).

---

14) **A. Köhler** (Berlin). Über die neueren Vorschläge zur Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs.

(Charité-Annalen Jahrg. XXV.)

Berlin, **Aug. Hirschwald,** 257 S.

Wer sich für die außerordentlich reichhaltige Litteratur der letzten Jahre über die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwüres interessirt, wird sie in höchst übersichtlicher Weise im vorliegenden Aufsatze zusammengestellt finden. Leider gilt auch heute noch der alte Satz, dass, je mehr verschiedene Behandlungsmethoden gegen ein Übel empfohlen werden, desto geringer die Aussichten für die Heilung sind. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Kleinere Mittheilungen.

Circulus vitiosus mit tödlichem Ausgange nach Gastroenterostomie trotz Enteroanastomosis.

Von

Dr. **Felix Franke,**

Chefarzt des Diakonissenhauses Marienstift in Braunschweig.

Zur Vermeidung des so sehr gefürchteten Circulus vitiosus nach der Gastroenterostomie sind bekanntermaßen eine ganze Reihe von Modifikationen dieser

Operation angegeben worden, ohne dass bis jetzt eine einfache Methode gefunden wäre, die mit Sicherheit das Ausbleiben jener unangenehmen Komplikation verhütete. Ich selbst habe, wie ich auf dem Chirurgenkongresse 1899 mittheilte, seit dem Jahre 1892 die bogenförmige Aufhängung beider Darmschenkel angewandt und war nach den damit gemachten Erfahrungen wie Kappeler von seiner horizontalen Aufhängung überzeugt, dass bei diesem Verfahren ein Circulus vitiosus nicht auftreten könne. Und doch ist er schließlich, ohne dass ich eine bestimmte Ursache dafür angeben könnte, nicht ausgeblieben. Auch Kappeler hat mit seinem Verfahren eine schlechte Erfahrung gemacht, wie er in seinem Nachtrage (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L) berichtete, dessgleichen Krause (Chirurgenkongress 1899).

Ich bin desshalb seit fast 2 Jahren dazu übergegangen, in gewissen Fällen nach Braun an die Gastroenterostomie die Enteroanastomose anzuschließen, und übe sie seit einem halben Jahre regelmäßig. Es ist ja keine Frage, dass sie die größtmögliche Sicherheit gegen das Auftreten des Circulus vitiosus gewährt. Gegenüber dieser Sicherheit kommt die geringe Verlängerung der ganzen Operation nicht in Betracht. Im Durchschnitt gebrauche ich zu der Enteroanastomosis nicht mehr als 5 bis höchstens 7 Minuten, wie ich mich mehrfach durch Kontrolle mit der Uhr überzeugt habe. Ich führe sie, wie wohl die meisten Chirurgen, mittels zweier Fäden durch, von denen der eine zuerst die hintere sero-seröse fortlaufende Naht besorgt, dann angespannt liegen bleibt, bis ich mit dem anderen die ganze seromuskuläre Naht ausgeführt habe, um dann noch für die vordere sero-seröse Naht verwendet zu werden. Gefäßunterbindungen habe ich dabei kaum einmal nöthig gehabt. Die bogenförmige Aufhängung der Darmschenkel habe ich natürlich unterlassen, da sie ja nun keinen rechten Zweck mehr hatte. Da die durch diese Unterlassung gewonnene Zeit der Enteroanastomosis zu Gute kommt, so hat man einen Grund mehr, diese auszuführen.

Aber auch die Enteroanastomosis hat den Circulus vitiosus mit ungünstigem Ausgange nicht verhütet, wie aus der Mittheilung Israel's in der Sitzung der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins vom 9. Juli v. J. hervorgeht, und wie ich selbst an einer kürzlich operirten Kranken traurigerweise erleben musste. Während Israel einen Grund für den unglücklichen Ausgang seiner Operation nicht angeben konnte — eine genaue Beschreibung der Sektion und des Präparates fehlt — habe ich in meinem Falle als eigentliche Todesursache einen technischen Fehler nachgewiesen.

Bei der Wichtigkeit des Falles halte ich die Veröffentlichung desselben für geboten.

Es handelte sich um eine 30jährige Frau, die nach der Anamnese und dem Ergebnisse der Untersuchung an einer durch narbige Pylorusstenose bedingten Magenerweiterung und hochgradigen Abmagerung litt. Seit den letzten 8 Tagen hatte sie nichts mehr behalten, als dann und wann etwas Kaffee. Die schon vor einem halben Jahre empfohlene Operation hatte sie bisher immer abgelehnt.

Aufgenommen am 19. Januar, wurde sie, nachdem sie durch Nährklystiere und Kochsalzinfusionen etwas aufgefrischt war, am 21. Januar operirt. Chloroformnarkose, Schnitt in der Mittellinie. Magen dilatirt und am Pylorus mit der Gallenblase verwachsen. Nach Abbindung und Durchtrennung der Verwachsung zeigte sich, dass der Magen nach hinten durch feste Verwachsungen war fixirt. Am Pylorus eine weiße, etwas eingezogene Narbe. Wegen der Fixirung des Magens nahm ich von der geplanten Pyloroplastik Abstand und führte mittels Naht die Gastroenterostomie aus, und zwar wegen eigenthümlich günstiger Verhältnisse die bisher wohl noch nicht ausgeführte Gastroenterostomia posterior antecolica; die hintere Magenwand präsentirte sich förmlich zu diesem Verfahren, das Colon transversum übte auf die zur Verwendung gekommenen Darmschlingen absolut keinen Druck aus. Zur Sicherheit heftete ich durch ein paar Nähte das Mesocolon und das Netz um die Anastomose an den Magen an. Die Operation verlief schnell und tadellos, die mit der Uhr kontrollirte, zum Schlusse ausgeführte Enteroanastomosis erforderte nur 5 Minuten.

Verlauf zunächst sehr günstig, aber am 23. Januar wurde die Kranke unruhig und klagte viel über Durst. Keine peritonitischen Erscheinungen. Der von Anfang an kleine Puls machte 96—100 Schläge in der Minute. In der Nacht zum 24. Januar erfolgte plötzlich Erbrechen einer großen Menge aus Galle, genossener Milch und Wein gemischter Flüssigkeit. Als ich gegen 8 Uhr in das Krankenhaus kam, fühlte die Kranke sich etwas besser, sah aber sehr verfallen aus, hatte kleinen Puls von 96 Schlägen, Temperatur von 36,1°, klagte über viel Durst, hatte aber sonst keine Beschwerden. Ich nahm einen Circulus vitiosus an und ließ eine Magenausspülung vornehmen, die große Mengen von Schleim und Galle herausbeförderte. Puls danach besser, aber immer noch trotz Nährklystieren und Kochsalzinfusionen Klagen über brennenden Durst. Nachmittags große Unruhe, etwas Unklarheit, zunehmende Pulsverschlechterung und bald darauf Tod. Von einer Operation war unter diesen Umständen abgesehen worden.

Die am 25. Januar vorgenommene Leibeseröffnung ergab völliges Fehlen irgend welcher peritonitischen Erscheinungen, Festigkeit sämmtlicher Nähte, starke Füllung des Magens und des zuführenden Darmschenkels, Abknickung des abführenden Schenkels durch das von rechts her darüber liegende Netz, völlige Leere dieses Schenkels und des folgenden Darmes. Weder durch Druck auf den Magen, noch auf den zuführenden Darmschenkel ließ sich Flüssigkeit in den abführenden Schenkel hineinpressen. Nach Eröffnung des Magens und Darmes zeigte sich der Pylorus durch feste weiße Narben bis auf Federkieldicke verengt und am Darme die Anastomose völlig verschlossen, während die Magen-Darmfistel weit offen war. Bei genauer Untersuchung der Darmanastomose fand ich nun, dass zwei schräg gegenüber liegende Schleimhautränder fest mit einander verklebt waren und die Öffnung dadurch völlig verschlossen hatten.

Somit war die Entstehung des Circulus vitiosus klargelegt, zugleich aber die betrübende Gewissheit gewonnen, dass ein Fehler in der Technik den Tod verschuldet hatte. Die Methode an sich trifft keine Schuld. Hätte die Anastomose funktionirt, so wäre die Abknickung des abführenden Darmschenkels am Magen ohne jede Bedeutung gewesen.

Die aus vorliegender Mittheilung zu ziehende Lehre ist sehr kurz und einfach: es darf bei der Anlegung der Enteroanastomosis unter keinen Umständen versäumt werden, die Darmschleimhaut bei Anlegung der sero-muskulären Naht mitzufassen. (Eine besondere Naht der Schleimhaut halte ich für überflüssig.) Es gilt also, das Gesetz, das für die Gastroenterostomie aufgestellt ist und wohl von den meisten Chirurgen befolgt wird, die Schleimhaut stets mitzunähen, auch auf die Enteroanastomose auszudehnen.

---

15) Malapert (Poitiers) et Gobillot (Trimouille). Sur un cas de pneumatocèle du crâne. Rapport par Paul Berger.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 946.)

Der 44jährige, kräftige und sich wohl befindende Pat., der außer einer Brustfellentzündung im Jahre 1890 keine Krankheiten durchgemacht hatte, bekam im December 1892 sehr heftige Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, im März 1893 eine entzündliche Schwellung in der Gegend des Warzenfortsatzes, die sich bis zum oberen Abschnitte des Schädeldaches ausdehnte, nach Ausfluss reichlicher Eitermengen aus dem Gehörgange schwand, sich aber immer wieder bildete, währnnd der Eiterausfluss später aufhörte. Seit mehreren Jahren ist der Befund, durch mehrfache Incisionen unbeeinflusst, nahezu konstant der gleiche: Oberhalb des rechten Ohres besteht eine Schwellung, die horizontal 10 cm, vertikal 5 bis 6 cm misst, weich ist, tympanitischen Schall bietet, sich durch Druck völlig zum Verschwinden bringen lässt, bei rascher Reduktion unter hörbarem Geräusch. So wie sich Pat. schneuzt, tritt die Geschwulst rasch wieder auf. Das Gehör ist auf der rechten Seite abgeschwächt, zeigt aber folgende interessante Eigenthümlichkeit: So lange die Geschwulst besteht, also die Höhle mit Luft gefüllt ist,

wird eine Taschenuhr auf 25 cm Entfernung gehört; nach Entleerung der Luft durch Druck hört Pat. die Uhr rechterseits nur bis 10 cm Abstand.

M. glaubt als Sitz der Knochenperforation nicht die Zellen des Warzenfortsatzes, sondern den Atticus annehmen zu dürfen; die Regio mastoidea erschien frei.

Reichel (Chemnitz).

16) **E. Kummer.** Paralysie d'origine cérébrale par stase consécutive à la ligature de la veine jugulaire interne.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIV. p. 541.)

Bei Wahrung der Asepsis pflegt die Unterbindung der Vena jugularis interna ohne schlimme Folgen zu bleiben; die dadurch gesetzte Cirkulationsstörung wird in der Regel rasch durch Kollateralkreislauf ausgeglichen. Dass ausnahmsweise aber einmal die Bildung eines solchen ausbleiben und die dann bleibende venöse Stauung den Tod zur Folge haben kann, beweist der unglückliche Ausgang in dem von K. mitgetheilten Falle. — K. resecirte nach vorgängiger Ligatur der Carotis externa die rechte Unterkieferhälfte einer 52jährigen Frau wegen eines sehr großen Cystoadenoms des Kiefers, ausgehend von verirrten Zahnkeimen. Bei Entfernung einer kleinen, der Vena jugularis interna innig anliegenden Lymphdrüse verletzte er das Gefäß und musste es unterbinden. Sogleich bemerkte man an der in Folge der Unterbindung der Carotis bisher fast gar nicht blutenden Wunde das Auftreten einer starken parenchymatösen venösen Blutung, die durch Tamponade leicht gestillt wurde. Die Operirte bot zunächst keinen bedrohlichen Eindruck, doch blieb sie somnolent. Der Puls wurde nach 4 Stunden etwas unregelmäßig, das Koma wurde tiefer, und 5 Stunden nach der Operation trat der Tod ein. Die Obduktion ergab im Gehirn die Zeichen venöser Stase und gegen die Mitte beider Stirnlappen hin und auf dem rechten Scheitellappen eine fleckig-diffuse, röthliche Verfärbung in der Ausdehnung eines 5-Frankstücks; diese Verfärbung erstreckte sich durch die ganze Dicke der grauen Substanz bis in die weiße Markmasse hinein.

In seinen Bemerkungen zu diesem Falle erinnert K. an eine analoge, von Rohrbach aus der Bruns'schen Klinik mitgetheilte Beobachtung. Im letzteren Falle erfolgte der Tod aber erst nach mehreren Tagen, und fand man an den Stellen, an welchen in seinem Falle nur die rothe Verfärbung auffiel, ausgeprägte Hirnerweichung. Dass die Unterbindung der Carotis externa in Folge Verminderung der Vis a tergo zum Zustandekommen der venösen Stase vielleicht mit beitrug, hält K. wohl für möglich. **Reichel** (Chemnitz).

17) **B. N. Cholzow.** Ein Fall von Kraniotomie bei traumatischer intrakranieller Blutung.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. No. 5.)

Der 29jährige Pat. erhielt am 5. August einen Schlag auf den Kopf. Die ersten 4 Tage bei Bewusstsein, doch Kopfschmerzen, dann schwand das Bewusstsein allmählich. Am 15. August Koma. Tonische Krämpfe der Extremitäten, Parese rechts, besonders der oberen Extremität. 19. August Lumbalpunktion nach Quincke, keine Flüssigkeit. 20. August Kraniotomie. Durch die Dura schimmert Blut hindurch. Keine Hirnpulsation. Schnitt durch die Dura; es entleert sich viel Cerebrospinalflüssigkeit, und werden einige Gerinnsel entfernt. Am 4. Tage kehrte das Bewusstsein wieder, eben so willkürliche Darm- und Blasenentleerung, und schwanden die Kontrakturen, so wie die Paresen; die Facialisparese dauerte aber noch bis zum 7. Tage. Prima intentio. Heilung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

18) **v. Eiselsberg.** Zwei Fälle von traumatischem Aneurysma.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Im 1. Falle handelte es sich um eine $^3/_4$ Jahr vorher erfolgte Verletzung der Oberschenkelgegend, worauf eine pulsirende Geschwulst zurückblieb. Bei der Operation fand sich eine Verletzung der Arterie und Vene, von denen ein je 2 bis

3 cm langes Stück resecirt werden musste. Heilung p. pr. Nach 6 Tagen gelang es, den Puls in der Art. dorsalis pedis nachzuweisen.

Im 2. Falle waren 7 Wochen zuvor die A. und V. poplitea, wie sich bei der Operation zeigte, durch einen Sensenhieb verletzt. Die Pulsation im Aneurysmasacke war zeitweise durch Nachblutungen verdeckt worden. Auch hier musste eine Resektion der Gefäße vorgenommen werden. Am 2. Tage schon war die Pulsation nachweisbar. **Borchard** (Posen).

19) **K. Dahlgren.** Trenne fall af svårare otitiska komplikationer.

(Upsala Läkarefören. Förhandl. N. F. Bd. V. p. 431.)

1) Otitis media acuta purulenta et Empyema antri et cellul. mastoid. et Pachymeningitis suppurativa ext. et Abscessus cerebri (lobi temp.) — Trepanation und Transplantation nach König. — Heilung.

Pat., 2 Jahre 3 Monate alt, litt im 6. Monate an einer retro-auralen linksseitigen Eiterung, wahrscheinlich otitischen Ursprunges, soll jedoch nach der Incision derselben völlig geheilt worden sein. Plötzlich wurde er von einer akuten Mittelohreiterung befallen, die in 5 Tagen zur völligen Paralyse des rechten Armes und Beines, Bewusstlosigkeit und Rechtsdrehung der Augen führte; Temperatur 40,4, Puls 140. Bei der Unsicherheit der Diagnose — nur eine ernsthaftere intrakranielle Eiterung im Zusammenhange mit einer Otitis media konnte mit Sicherheit angenommen werden — wurde die Eröffnung des Schädels vom Proc. mastoid. aus 8 Stunden nach dem Auftreten der paralytischen Symptome vorgenommen. Eine extradurale Eiterung wurde zuerst beseitigt, dann die gespannte und injicirte, nicht pulsirende Dura gespalten. Ein taubeneigroßer Abscess im Schläfenlappen, wahrscheinlich nur 1 cm von der Oberfläche entfernt, konnte mit Lister's Sonde sehr leicht erreicht werden. Vom ersten Momente der Eröffnung fing Pat. an den rechten Arm zu bewegen. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze austamponirt. Nach und nach heilte die Wunde, und 4 Monate nachher konnte die Haut-Periost-Knochen-Transplantation nach König vorgenommen werden. Die Knochenlamelle deckte fast völlig den nach der ersten Operation entstandenen Defekt und heilte vollständig ein.

Dass in diesem Falle die Eiterung sich seit der erstmaligen Erkrankung im Gehirn latent gehalten haben sollte, scheint Verf. nach dem Befunde während der Operation höchst unwahrscheinlich. Tegmen tympani oder das Dach des Antrums schien der Weg, durch welchen die Eiterung die Dura erreicht hatte, gewesen zu sein.

2) Otitis media acuta purulenta et Osteophlebitis partis mastoid. — Operation. — Heilung.

Der 25jährige Pat. erkrankte an einer heftigen akuten Mittelohreiterung, die 4 Stunden nach dem Auftreten der Symptome mit Paracenthese des Trommelfelles behandelt wurde. Die zuerst dünnflüssige, sehr reichliche Sekretion wurde im Laufe des folgenden Tages eitrig; die Schmerzen hatten zwar nach dem Eingriffe nachgelassen, kehrten aber bald, und zwar in veränderter Weise und von heftigem Schüttelfroste gefolgt wieder. Dann sistirte der Ausfluss fast völlig, und Pat. wurde von einem Krampfanfalle befallen, der in der linken Hand anfing und sich über die rechte Hand und das Gesicht erstreckte. Nur an einer kleinen Stelle hinter dem linken Ohrgange gab Pat. Schmerzen an; keine Schwellung in der Reg. mastoid. — Die Aufmeißelung der Pars mastoid. zeigte nur eine hochgradige Hyperämie des Knochens, nirgends wurde Eiter angetroffen. Sehr bald normale Temperatur, Heilung in etwa 2 Monaten.

In der Epikrise empfiehlt Verf. Körner's Behandlungsweise dieser Komplikation der akuten Mittelohreiterung. Die Osteophlebitis solle mit Aufmeißelung der Knochen in der Ausdehnung der Hyperämie und ohne Unterbindung der Vena jugularis gemacht werden.

3) Otitis media acuta purulenta et Osteitis suppurativa partis mastoid. et Pachymeningitis externa suppurativa. — Operation. — Heilung.

Der 19jährige, vorher nicht an irgend einer Ohrenkrankheit leidende Pat. war wegen einer mäßigen Otitis media pur., die er sich beim Baden zugezogen hatte, mit Lufteinblasungen ohne vorherige Paracenthese des Trommelfelles längere Zeit behandelt worden. Obschon die Erscheinungen ziemlich unbedeutend waren, glaubte doch Verf., dass ein schweres Leiden vorliege, und machte zuerst in der Narkose mit dem Thermokauter Paracenthese. Der Ausfluss wurde bald sehr reichlich; als er nach 5 Wochen noch fortbestand, wurde der weder geschwollene noch empfindliche Proc. mastoid. trepanirt. Die Cellulae zeigten sich eitergefüllt und wurden ausgeräumt; Fossa cranii posterior und media wurden in großer Ausdehnung eröffnet. Der Eiter des epiduralen Abscesses befand sich unter so hohem Drucke, dass er fast im Strahle herausspritzte; Dura und Sinus waren von lockeren, schwarzgefärbten Granulationen bedeckt. Völlige Heilung in etwa 2 Monaten.

Verf. betont die im Verhältnisse zu den bedeutenden intrakraniellen Zerstörungen unscheinbaren objektiven Symptome und die wenig befriedigende Behandlung der Krankheit in deren erstem Stadium. **Hansson** (Cimbrishamn).

20) **P. Guidone.** Mielectomia e mielorrafia. Nota clinica, anatomo-pathologica e sperimentale.

(L'arte med. Mailand, **Vallardi,** 1900. T. II. No. 9 und 10.)

Bei einem 23jährigem Manne fand sich eine Schussverletzung am Halse. Intra vitam bot er folgende Symptome dar: Komplete motorische und sensible Paralyse der unteren Extremitäten, Parese der oberen Extremitäten mit fast intakter Sensibilität und Schmerzempfindung, Trägheit der Pupillen, vorwiegend Zwerchfellathmung, Blasen- und Mastdarmlähmung, häufige Erektionen beim Katheterismus. Tod am 17. Tage in Folge von Decubitus und Sepsis. Bei der Autopsie fand sich eine Zerstörung des V. und VI. Halswirbels und des entsprechenden Rückenmarkabschnittes. Dieser Fall regte den Verf. zu Leichen- und Thierversuchen über die Rückenmarksnaht an. Die Experimente haben noch zu keinem definitiven Resultate geführt; G. will dieselben noch fortsetzen. Er fand bis jetzt, dass sich nach völliger Durchtrennung der Medulla spinalis die Stümpfe etwa $1/2$ cm von einander entfernen, dass sie sich aber, selbst wenn noch ein 1 cm breites Stück Substanz quer excidirt wurde, mit Vorsicht einander nähern, vollständig und exakt gegenseitig anpassen und durch tiefgreifende (Mark und Meningen fassende) Nähte fixiren lassen. Die Zukunft müsse allerdings erst lehren, ob eine Regeneration der nervösen Elemente dabei möglich ist.

A. Most (Breslau).

21) **Quincke.** Über Athyreosis im Kindesalter.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 50.)

Mittheilung von 2 Fällen, deren einer durch Thyreoidinbehandlung geheilt, deren anderer, weil die Behandlung nicht konsequent durchgeführt wurde, gestorben ist. Es sei an dieser Stelle auf das interessante Original, von dem sich ein kurzes Referat nicht geben lässt, nochmals hingewiesen.

Borchard (Posen).

22) **C. Mariani.** Gozzo esoftalmico curato colla bilaterale resezione del simpatico cervicale. Un cenno preventivo su 8 casi di epilessia volgare curati collo stesso atto operativo.

(Estr. dalla Clinica chirurgica 1900. No. 1, 2.)

Bei einem Falle von Basedow hat M. durch die doppelseitige Sympathicusresektion einen theilweisen, im Allgemeinen aber befriedigenden Erfolg erzielt. Er kommt dabei zu der Ansicht, dass die gedachte Operation hier nur einen symptomatischen Werth beanspruchen dürfe, da sie nur einige Manifestationen der Krankheit, nicht diese selbst zu bekämpfen im Stande sei. Demselben Eingriffe hat M. außerdem noch acht Pat. mit schwerer genuiner Epilepsie unterworfen, und zwar 4mal ohne deutlichen Heilerfolg, 2mal ließ sich eine Besserung kon-

statiren, und bei weiteren zwei, allerdings nur durch 4 und 5 Monate beobachteten Pat. blieben die Anfälle vollständig aus. M. registrirt lediglich die erzielten Resultate bei seinen Operirten, enthält sich aber dabei vollkommen eines definitiven Urtheiles, da ihm die Beobachtungsdauer zur Zeit noch als zu kurz erscheint.

A. Most (Breslau).

23) **Dinkler** (Aachen). Zur Pathologie und Therapie der Basedowschen Krankheit.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 21.)

2 Todesfälle in Folge von Basedow'scher Krankheit, von denen der eine eine schwere Form eines recidivirenden Basedow mit Hemiplegie, bulbären und psychischen Störungen dargeboten hatte, haben D. Gelegenheit zu anatomischen Untersuchungen gegeben, die in jenem Falle zu dem Nachweise einer Erkrankung des ganzen Hirnmantels mit entsprechender absteigender Degeneration der Pyramidenbahnen, so wie einer partiellen Degeneration der Ganglienzellen am Boden des 4. Ventrikels und im Bereiche der grauen Vordersäulen des Rückenmarkes führten. Da dieser Befund nicht mittels der Weigert'schen Hämatoxylinfärbung, die bisher von den Forschern angewandt worden, sondern allein durch das Marchi'sche Osmirungsverfahren erhoben werden konnte, hält D. für möglich, dass derartige anatomische Veränderungen bei der Basedow'schen Krankheit häufiger vorkommen, als bisher angenommen wurde. Interessant war ferner, dass in jenem Falle die Schilddrüse solide Epithelgänge und Alveolen zeigte, während in dem anderen diese Struktur nur stellenweise gefunden wurde, dafür aber eine enorme Thymushyperplasie bestand; im ersteren Falle fehlte hingegen die Thymusdrüse vollständig. Die Kapillaren und kleinen Venen waren in beiden Fällen auffallend erweitert, während die Arterien mehr den normalen Querschnitt hatten. Indem D. auf die Unterschiede der beiden Fälle in Bezug auf das Verhalten der Schild- und Thymusdrüse hinweist, hebt er schließlich noch die außerordentliche Verschiedenheit im Verlaufe und Vorkommen der Basedow'schen Krankheit in Frankfurt a/O. einer- und Heidelberg andererseits hervor, eine Verschiedenheit, die auch bei den durch operative Behandlung dort wie hier und anderorts erzielten Erfolgen zu Tage tritt.

Kramer (Glogau).

24) **P. Guidone.** Contributo storico-clinico alle resezioni.

Neapel, **Salvati,** 1900. 30 S.

Nach einer historischen und klinischen Einleitung über die Resektionen im Allgemeinen theilt G. eine Reihe von persönlichen Erfahrungen auf diesem Gebiete mit, von denen folgende 2 Fälle vielleicht ein kasuistisches Interesse beanspruchen dürften: 1) Ausgedehnte luetische Nekrose des Os frontale im Anschlusse an ein Trauma mit subduralem Abscesse. Kraniektomie von entsprechender Ausdehnung mit Entfernung des großen Sequesters (im November 1894). Sekundäre Deckung des weiten Knochendefektes mittels Knochen- und Knorpelplättchen von den Femurkondylen des Hundes. Glatte Heilung und fast knochenharte Narbe. 2) Kontrakturstellung der linken Hand nach einer vereiterten Fraktur des Radius mit partieller Nekrose. Die Hand bildet zum Vorderarm einen radialwärts offenen, fast rechten Winkel, und das untere Radiusfragment ist ulnarwärts dislocirt. Resektion der unteren Epiphyse der Ulna in Ausdehnung von etwa 5 cm. Dadurch lässt sich sowohl die Hand, als auch das untere Radiusfragment in die rechte Lage redressiren. Fixirung dieser Stellung durch eine Metallnaht, welche das resecirte Ende der Ulna und das Os pyramidale fasste. Gutes funktionelles und kosmetisches Resultat.

A. Most (Breslau).

25) **Tronchet** (La Rochelle). Deux cas de consolidation imparfaite de fractures, traités et guéris par l'emploi de la thyroïdine. Rapport par M. Potherat.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 896.)

T. erzielte an 2 Fällen verzögerter Konsolidation eines Knochenbruches eine rasche Heilung durch Schilddrüsengebrauch.

Der 1. Fall betraf einen 50jährigen Mann mit einem Splitterbruche des Unterschenkels 3 Querfinger breit oberhalb des Knöchel. Noch am 80. Tage nach dem Unfalle bestand abnorme Beweglichkeit trotz Anwendung aller allgemein üblichen Mittel. Darauf ließ T. seinen Pat. jeden Tag 5, später 6 Tabletten von 10 cg Thyroidin nehmen. Binnen 15 Tagen war die Konsolidation beendet. — Im 2. Falle handelte es sich um einen Bruch der 10. Rippe bei einem Alkoholiker; noch am 35. Tage bestand deutliches Reiben zwischen beiden Bruchstücken. Nach 10tägigem Gebrauche von je 5 cg Thyroidin schien die Konsolidation erreicht; aber am 11. Tage bekam Pat. Aphasie mit theilweiser Lähmung der rechten Körperhälfte. T. sieht die Ursache hiervon in einer Apoplexie in Folge des Alkoholismus. Der Berichterstatter Potherat ist mehr geneigt, die Giftwirkung des Thyroidins anzuschuldigen. Er führt aus der Litteratur und eigener Beobachtung noch mehrere Fälle an, in denen das Thyroidin bei verzögerter Callusbildung vorzügliche Dienste leistete, freilich auch andere, in denen es ganz erfolglos gegeben wurde. Beim Gebrauche ist jedenfalls äußerste Vorsicht geboten. **Reichel** (Chemnitz).

26) **Morian** (Essen). Ein Fall von Myositis ossificans progressiva.

(Münchener med. Wochenschrift 1899. No. 7.)

Auch in vorliegendem Falle schloss sich der Beginn der Erkrankung des damals ca. 2jährigen Knaben an ein 1897 erfolgtes Trauma an und bestand Mikrodaktylie der beiden großen Zehen. Frei von Verknöcherungen sind zur Zeit noch die Muskeln des Gesichts (exkl. M. frontalis), der Bauchwand, des Gesäßes, der Beine und der Arme vom Ellbogen abwärts. Die meisten Verknöcherungen sitzen am Knochen fest, einige sind verschieblich; in mikroskopischen Präparaten findet sich neben normalen Muskelfasern werdendes Knorpelknochengewebe. Der Urin enthält auffallend wenig Kalk, aber normal viel Phosphorsäure.

Kramer (Glogau).

27) **Nimier.** Ostéomes du brachial antérieur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 825, 842.)

Im Anschlusse an eine Verrenkung des Ellbogengelenks nach hinten, die sofort eingerichtet wurde, entwickelte sich bei einem Soldaten ein Osteom des Brachialis anterior; im Niveau der oberen äußeren Insertionen des Muskels hing es mit dem Knochen zusammen, doch blieb, wie das Skiagramm zeigte, zwischen Rückfläche der Geschwulst und Knochenschaft ein breiter Zwischenraum, dessgleichen zwischen Geschwulst und Processus coronoideus; es entsprach das Osteom in seiner Länge und Breite ganz dem Muskelbauche des Brachialis. Einen kleinen abnormen Knochenkern wies das Skiagramm auch in der Verlängerung des Olekranon nach.

Die Exstirpation ergab eine Knochengeschwulst von 14 cm Länge, 4 cm Breite, 2 cm Dicke, vollständig eingeschlossen in eine fibröse Scheide, die selbst im Muskel lag. Am unteren Ende und an der vorderen Fläche des Osteoms führte e eine ca. 2 cm lange Öffnung in eine centrale Höhle im unteren Drittel der Knochenneubildung; in der Höhle fand sich ein weiches, röthliches Gewebe, das N. als degenerirte Muskelsubstanz und fibrinösen Detritus eines Hämatoms ansprach.

Dass die Entstehung solcher Osteome nach Traumen durch frühe Massage begünstigt werde, wie dies von Einigen behauptet wurde, glaubt N. nicht; eben so wenig aber hat er eine Resorption eines solchen Osteoms durch Massage beobachtet. Die einzige Therapie, die in Betracht kommt, ist seiner Ansicht nach die Exstirpation der Knochengeschwulst: doch darf man dieselbe, will man vor Recidiven geschützt sein, nicht zu früh, nicht vor Ablauf von 4—5 Monaten nach dem Trauma vornehmen; auch darf man sich für die Wiederherstellung der Beweglichkeit des Gelenkes von der Operation allein keinen zu großen Erfolg versprechen. **Reichel** (Chemnitz).

28) Picqué. Ostéome du coraco-brachial et du brachial antérieur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 861.)

P. beobachtete ein Osteom in der Muskelsubstanz des Coraco-brachialis.

Poirier theilte in der Diskussion einen Fall von Osteom in einem Masseter mit, welches sich im Anschlusse an einen Peitschenhieb entwickelt hatte.

Reichel (Chemnitz).

29) Loison. Ostéomes péri-articulaires du coude et du genou. Rapport par la Picqué.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 847.)

L. theilt 8 Beobachtungen von Osteomen am Ellbogen- bezw. Kniegelenke mit; in 5 Fällen hatte sich die Knochengeschwulst nach einer vollständigen oder unvollständigen Verrenkung des Vorderarmes nach hinten, 3mal nach einer einfachen Kontusion gebildet. Bezüglich der Entstehung dieser Knochenneubildung schließen sich L. und Picqué weder ausschließlich der Theorie Virchow's einer Myositis ossificans, noch derjenigen Orlow's einer Knochenwucherung in Folge Abreißens eines Periostfetzens oder einer oberflächlichen Knochenspange an, sondern glauben unterscheiden zu müssen. Die Orlow'sche Anschauung sei anwendbar für die Fälle, in welchen die Knochengeschwulst ihren Ursprung an der Insertionsstelle der Sehne des Brachialis am Processus coronoideus oder des M. quadriceps an der Kniescheibe hat. Die Theorie Virchow's hingegen erkläre allein die Fälle, in denen das Osteom völlig innerhalb der Muskelsubstanz eingeschlossen sei, wofern man nicht die Hypothese Bard's annehmen wolle, dass zwischen den Muskel- und Sehnenfasern liegen gebliebene embryonale Knorpelzellen unter dem Einflusse des traumatischen Reizes sich zu einer solchen Knochengeschwulst entwickeln können.

Reichel (Chemnitz).

30) W. White (Philadelphia). Two cases of interscapulo-thoracic amputation.

(University med. magazine 1900. Mai.)

W. berichtet über 2 Schulterblattexstirpationen (Amputatio interscapulo-thoracica), welche er wegen Sarkom des oberen Humerusendes gemacht hat, und welche zunächst mit Genesung endeten. Für die Beurtheilung des endgültigen Erfolges ist seitdem erst zu kurze Zeit verstrichen. Es waren beide Male vorher schon mehrere andere Operationen gemacht worden, ohne dass es geglückt wäre, den Eintritt des Recidivs zu verhüten.

W. tritt dem Rathe Berger's bei, bei bösartigen Geschwülsten des oberen Humerusendes von vorn herein primär die in Rede stehende Operation auszuführen, ja er neigt dazu, die primäre Amputatio interscapulo-thoracica für alle Sarkome des Oberarmknochens anzurathen. Nur bei kleinen centralen Sarkomen der unteren Epiphyse könne man mit Aussicht auf Erfolg die hohe Amputation, bei solchen des unteren Drittels des Schaftes die Exartikulation versuchen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

31) Wegner (Berlin). Caries sicca des Schultergelenkes. Ein Beitrag zur Unfallheilkunde. (Aus der Abtheilung für Unfallverletzte.)

(Charité-Annalen Jahrg. XXV. p. 526.)

Der hier berichtete Fall bietet vor Allem durch fehlerhafte Behandlung des Kranken in einem medico-mechanischen Institute ein erhöhtes Interesse. Durch die dort vorgenommenen höchst schmerzhaften Manipulationen wurde eine rasche Verschlechterung herbeigeführt und die Schmerzhaftigkeit derartig gesteigert, dass auch eine starke allgemeine Nervosität eintrat. Durch König wurde dann nach Untersuchung des kranken Gelenkes mit X-Strahlen die Resektion ausgeführt, wobei sich das fast völlige Fehlen des Gelenkkopfes bestätigte und Erosion der Pfanne gefunden wurde. Nach Entfernung alles Krankhaften erfolgte sofortige

Linderung der wüthenden Schmerzen und glatte Heilung mit Stellung des Schaftes unter dem Akromion (Röntgenaufnahme beigegeben) und gutem funktionellen Ergebnisse.

Als Veranlassung zu der Erkrankung war eine an sich nicht gerade schwere Betriebsverletzung der linken Schulter angesehen worden, welcher anfänglich von keiner Seite erheblichere Bedeutung beigemessen worden war.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

32) **Morian** (Essen). Beitrag zu den intratendinösen Ganglien.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 51.)

In dem von M. operirten Falle saß das dickbohnengroße Knötchen mitten auf dem Handgelenkrücken unter gesunder Haut in der Gegend der gewöhnlichen Ganglien und verursachte dem 14jährigen Knaben heftige Schmerzen. Bei der Operation fanden sich die beiden Strecksehnen des Zeigefingers in gleicher Höhe kolbig aufgetrieben, bis zum Durchmesser der doppelten Sehnenbreite. Die sonst normalen Sehnenfascikel waren aus einander gewichen, aus den Zwischenräumen drängten sich perlmutterfarbige Beutelchen, oberflächlich roth geädert. An den beiden Sehnen zog sich je ein spinngewebsdünner, rother Schleier von hinten herum. Beim Anschneiden floss aus den Beutelchen klare Gallerte. Theilweise Fortnahme der Cystenwände, Naht der Sehnenscheide und Haut. Heilung mit freier Beweglichkeit der Finger; kein Recidiv. **Kramer** (Glogau).

33) **W. Rager.** Einige Bemerkungen über Subluxationsstellung bei Luxatio coxae congenita.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. glaubt in der Sammlung von Luxationsbecken des pathologischen Institutes in Wien an einem Präparate die Kombination von Coxa vara auf der einen Seite und von spontan geheilter, wahrscheinlich angeborener Subluxation des Hüftgelenkes auf der anderen Seite gefunden zu haben. Die Spontanheilung soll durch Ausweitung der Gelenkpfanne erfolgt sein, was eine große Seltenheit darstellen würde. **J. Riedinger** (Würzburg).

34) **M. Wagner.** Die Coxa vara. Eine zusammenfassende Betrachtung über den heutigen Stand dieser Frage.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Die Arbeit zerfällt in 2 Theile. Im 1. Theile referirt Verf. hauptsächlich über die neuesten Veröffentlichungen über Coxa vara. Einzelne Kapitel enthalten auch kritische Bemerkungen. So bestreitet Verf. die Richtigkeit der Joachimsthal-schen Ansicht von der Entstehung der Coxa vara traumatica infantum.

Im 2. Theile werden einige Beobachtungen aus der Hoffa'schen Klinik mitgetheilt. Die von 3 Kindern, an welchen die Operation der kongenitalen Hüftgelenksverrenkung ausgeführt war, stammenden anatomischen Präparate wurden nachträglich auf das Vorhandensein von Coxa vara untersucht. Die Befunde und die Krankengeschichten werden ausführlich besprochen unter Hinweis darauf, dass die Schenkelhalsdeformität ebenfalls als angeboren zu betrachten ist. Besonders bemerklich macht sich bei dieser Kombination die Rückwärtsbiegung des Trochant. major. — Ein 4. klinischer Fall wird angeführt, um die Coxa vara nach erfolgter Einrichtung der angeborenen Hüftverrenkung im Bilde zu demonstriren.

Weiter wird von einem Officier berichtet, bei dem sich die Folgen der Deformität noch verhältnismäßig spät geltend machten, bestehend in Beschwerden beim Reiten etc. Der Pat. verlor seine Beschwerden nach Durchschneidung der Adduktoren und entsprechender Nachbehandlung (Gipsverband, Stellung der Beine in Abduktion, Extension und Rotation nach innen). — Hieran reiht sich die Krankengeschichte eines $5^1/_2$ Jahre alten Knaben, bei welchem wegen rachitischer Coxa vara ein keilförmiges Stück aus dem Schenkelhalse entfernt wurde. Mehr bewährte sich die schräge Osteotomia subtrochanterica, die bei einem 10 Jahre

alten Knaben ausgeführt wurde. Schließlich wurde ein Fall, der ein 6 Jahre altes Mädchen betraf, auch durch Übungen und Massage in 6 Wochen bedeutend gebessert.

Der Arbeit sind 19 Abbildungen, darunter 7 Röntgenbilder, beigegeben, außerdem ein 127 weitere Arbeiten einschließendes Litteraturverzeichnis.

J. Riedinger (Würzburg).

35) E. V. Eames. Five cases of complete forward dislocation of the knee joint occuring simultaneusly.

(Brit. med. journ. 1900. April 21.)

Bei einem Sturze des Korbes von ca. 55 m in die Tiefe des Schachtes eines Kohlenbergwerkes kam bei 5 Bergleuten eine Verrenkung im Kniegelenke nach vorn zu Stande, bei einem gleichzeitig eine Fraktur der entsprechenden Tibia. Bei zweien war durch den Druck der Kondylen des Femur die Haut an der hinteren Seite des Kniegelenkes geplatzt, ohne dass der Riss sich bis in das Gelenk selbst erstreckte. Die Reposition gelang leicht. 4 der Verletzten waren nach 6 Monaten völlig arbeitsfähig, ohne irgend welche nachweisbare Veränderungen im Gelenke. Bei dem mit Schienbeinbruch komplicirten Falle blieb das Gelenk locker; zudem stellte sich eine Lähmung der Extensoren des Fußes heraus, welche auf eine Verletzung des Tibialis anticus bezogen werden musste.

Weiss (Düsseldorf).

36) A. E. Ahrens. Beitrag zur Lehre und Behandlung der Arthropathia tabica mit besonderer Berücksichtigung des Kniegelenkes.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. schildert nach einer gedrängten historischen Übersicht über die bisher aufgestellten Theorien der Arthropathia tabica kurz Anatomie und Symptomatologie dieses Leidens, um alsdann die Kasuistik um 3 von Hoffa überlassene Fälle von Erkrankung des Kniegelenkes vornehmlich in therapeutischer Hinsicht zu vermehren.

Es handelt sich in diesen Fällen hauptsächlich um Folgezustände der tabischen Lähmung, um Schlottergelenke mit sekundären Veränderungen in den Gelenken. Die Therapie bestand in der Anlegung von Schienenhülsenapparaten.

J. Riedinger (Würzburg).

37) P. Tschmarke. Zwei seltene Formen angeborener Missbildung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Der 1. Fall eines 4 Jahre alten Knaben ist ein instruktives Beispiel von angeborenem Defekte der Tibia. Die Therapie bestand in der Exartikulation im Kniegelenke.

Der 2. Fall betrifft einen 13 Jahre alten Knaben, welcher, wie das von Blencke hergestellte Röntgenbild beweist, einen partiellen Defekt des Radius, ferner das Vorhandensein von 6 Metacarpi, von 5 Fingern mit je 3 Phalangen (1 Finger wurde früher exartikulirt) und von einem rudimentären 7. Finger erkennen lässt.

J. Riedinger (Würzburg).

38) U. Grosse. Zur Kasuistik angeborener Knochendefekte.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Angeborene totale Defekte der Tibia sind selten. Joachimsthal konnte 41 Fälle aus der Litteratur und eigener Beobachtung zusammenstellen, zu denen Verf. einen neuen Fall aus der Klinik von v. Bramann hinzufügt. Es handelte sich um ein 5jähriges Mädchen. Das rechte Bein desselben, besonders aber der Unterschenkel war beträchtlich im Wachsthume zurückgeblieben, und letzterer wurde in einem spitzen Winkel nach hinten flektirt, innen rotirt und nach der Hinter- und Innenseite des Oberschenkels angezogen gehalten. Der Fuß stand



in hochgradiger Pes varus-Stellung. Palpatorisch konnte man nur einen Knochen, nämlich die Fibula, konstatiren, die mit dem Condylus internus durch ein Schlottergelenk verbunden war und durch eine stärkere ligamentöse Verbindung an den Fuß befestigt erschien. Das rechte Bein war zum Stehen und Gehen völlig unbrauchbar, da es in Beugestellung gehalten wurde, andererseits aber alle möglichen abnormen Bewegungen mit demselben ausgeführt werden konnten.

Die operative Aufgabe war also, diesen nur als Appendix anzusehenden, gebrauchsunfähigen Unterschenkel stützfähig zu machen.

v. Bramann modificirte das Albert'sche Verfahren, indem er die Fibula in der Fossa intercondylica befestigte, derart, dass er sie nach Zuspitzung ihres oberen Endes in eine in der Fossa intercondylica geschaffene Höhle einfügte. Die Fibula selbst musste verkürzt werden, da sie anders nicht gestreckt werden konnte; allein es gelang doch, die Epiphyse zu schonen, was natürlich sehr wichtig war. Der Fuß wurde manuell redressirt. Nach eingetretener Konsolidation erhielt Pat. einen Schienenhülsenapparat mit Tretriemen für den Fuß und erhöhter Sohle und konnte damit sich sehr gut fortbewegen. Die Fibula ist innerhalb $2^1/_2$ Jahren seit der Operation gewachsen, und das Kind kann ohne Schiene das Bein gebrauchen.

Eine ähnliche Operation, d. i. Einpflanzung der Fibula in die obere Epiphyse der Tibia, führte v. Bramann noch in einem anderen Falle aus, wo durch Osteomyelitis die Diaphyse des Schienbeines fast völlig zerstört war. Auch hier ging er mit Schonung des Epiphysenknorpels der Fibula vor und erzielte einen guten Erfolg. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

39) **Gossner** (Königsberg i/Pr.). Ein Fall von Tragfähigkeit beider Unterschenkelstümpfe nach Reamputation ohne Osteoplastik.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 3.)

Das in dem mitgetheilten Falle erreichte Resultat war Dank der von G. frühzeitig angewandten lokalen Behandlung der Stümpfe durch methodische Tret- und Gehübungen, heiße Bäder, Massage etc. neben Maßnahmen zur allgemeinen Kräftigung und Hebung der Ernährung ein sehr gutes. Die Knochenenden der Stümpfe sind glatt, durch eine corticale Schicht geschlossen und absolut schmerzlos, die bedeckende Haut trotz Narben verschieblich und druckunempfindlich. Pat. geht in seinen zweckmäßig hergestellten Schnürstiefeln den ganzen Tag ohne Ermüdung flott, ohne Hinken, überschreitet leicht Gräben, steigt schnell Treppen etc.

Kramer (Glogau).

40) **Blind.** Beitrag zur Mechanik der Fersenbeinbrüche.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1901. No. 1.)

Ganz bestimmte spongiareiche Skelett-Theile, wie die Wirbelkörper, das Fersenbein und das obere Schienbeinende, neigen zu Stauchungsbrüchen, welche gewöhnlich durch heftiges Auffallen des Körpers auf die Füße bezw. das Gesäß zu Stande kommen. Derartige Frakturen entstehen auch umgekehrt durch Auffallen einer Last auf den feststehenden Körper.

Verf. berichtet im Weiteren über einen solchen Fall.

Beim Abladen eines 10 Centner schweren Tannenstammes rutscht ein Arbeiter mit dem linken Fuße über eine abschüssige Stelle in die Gosse. Der in Folge dessen von den Mitarbeitern losgelassene Baumstamm fällt hierbei dem erstgenannten Arbeiter bei leicht geneigtem Knie auf das untere Drittel des linken Oberschenkels. In Folge Fixirung des Fußes und gleichzeitiger Feststellung des Knies ruft die senkrecht bis auf das Fersenbein fortgepflanzte Krafteinwirkung einen Bruch des letzteren hervor. **Motz** (Hannover).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. Sonnabend, den 6. April. 1901.

Inhalt: **Kramer**, Zur Behandlung der irreponiblen Unterkieferverrenkung. (Original-Mittheilung.)

1) **Jeannel**, Chirurgie des Darmes. — 2) **Naudet**, Laparotomie. — 3) **Shattuck, Warren** und **Cobb**, Peritonitis in typho. — 4) **Vanverts**, Radikalbehandlung der Leistenbrüche. 5) **de Stawell**, Magengeschwür. — 6) **Hemmeter**, Magenkrebs. — 7) **Lemarchand**, Gastrostomie. — 8) **Demoulin**, 9) **Mugnai**, Gastroenterostomie. — 10) **Friedmann**, Lebercirrhose. — 11) **Jonnesco**, Leberechinokokken. — 12) **Dalla Rosa**, Operativer Verschluss des Ductus cysticus.

Kolaczek, Zur Behandlung der Schrägbrüche des Unterschenkels. (Orig.-Mittheilung.)

13) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 14) **Dubujadoux**, Bauchquetschung. — 15) **Walker**, Traumatischer Zwerchfellbruch. — 16) **Moser**, Blinddarmdivertikelbruch. — 17) **Elder**, Hernia obturatoria. — 18) **Neumann**, Hernia retrocoecalis. — 19) **Quénu**, 20) **Kraenzle**, Gastrostomie. — 21) **Watson**, Sanduhrmagen. — 22) **Boeckel**, Magenexstirpation. — 23) **Wanach**, Achsendrehung des Blinddarmes. — 24) **Kirk**, Mastdarmvorfall. — 25) **Frazier**, Lebercirrhose. — 26) **Faure**, 27) **Schmidtmann**, 28) **Tricomi**, 29) **Barling**, Zur Chirurgie des Pankreas. — 30) **Lemmen**, Fersenbeinbrüche. — 31) **Clark**, Erfahrungen in Südafrika.

Berichtigung.

Zur Behandlung der irreponiblen Unterkieferverrenkung.

Von

Dr. **Kramer** in Glogau.

Während bei den nicht zurückführbaren Verrenkungen der großen Körpergelenke die Methode der blutigen Einrichtung die der Resektion des Gelenkkopfes mehr und mehr in den Hintergrund gedrängt hat, letztere hierbei nur noch als letztes Mittel in Anwendung gezogen zu werden pflegt, wird gegen die freilich sehr seltene nicht einrenkbare Unterkieferluxation auch heut zu Tage noch allein die Entfernung des Processus condyloideus des Kiefers empfohlen. Wenigstens findet sich in der modernen chirurgischen Litteratur und besonders auch in den letzten Auflagen chirurgischer Lehr- und Handbücher über eine andere Behandlungsmethode nichts angegeben. Es dies um so auffallender, als unter den Chirurgen

jetzt kaum noch eine Meinungsverschiedenheit zu bestehen scheint, dass das Haupthindernis für die Einrichtung des luxirten Unterkiefers in abnormer Muskel- und Bänderspannung zu suchen ist, mit deren Beseitigung schon Maisonneuve bei seinen Leichenexperimenten das verrenkte Köpfchen aus seiner falschen Lage zu befreien vermocht hatte.

Ein vor fast 2 Jahren von mir beobachteter Fall hat mir gezeigt, dass man auch am Lebenden durch Durchtrennung einzelner spannender Muskel- und Bandstränge zum Ziele gelangen kann, die Resektion somit nicht immer gleich in Betracht zu ziehen braucht.

Der Fall betraf ein 20jähriges Mädchen K. aus K. mit seit 5 Wochen bestehender, durch einen Schlag auf die rechte Gesichtsseite herbeigeführter Verrenkung des betreffenden Kiefergelenkes. Da die Pat. durch das Offenstehen des Mundes und die Erschwernis des Kauens und Sprechens arg belästigt wurde, die Luxation auch in Narkose den mannigfach veränderten Reduktionsversuchen widerstand, entschloss ich mich auf Wunsch des Mädchens, die Einrichtung auf blutigem Wege zu versuchen.

Horizontaler Schnitt am unteren Rande des rechten Jochbogens und etwas nach vorn von der Mitte desselben senkrechter Schnitt nach abwärts, letzterer nur durch die Haut — wie es von König zur Resektion empfohlen worden ist — mit theilweiser Ablösung des M. masseter vom Knochen. Durchtrennung stark gespannter Fasern des äußeren Seitenbandes, M. pterygoideus extern. und sonstiger Gewebsstränge und Freilegung — ohne Eröffnung — der unverletzt gefundenen Gelenkkapsel; geringe Blutung. Nunmehr erst gelang die Reposition durch direkten Druck nach unten und hinten auf den Kiefergelenkfortsatz. Einlegen eines Gazestreifens in die Wunde, Fixation des M. masseter am Knochen durch einige Nähte, Schluss der Wunde bis auf eine kleine Lücke am hinteren Ende.

Die Heilung ging ohne Reaktionserscheinungen glatt vor sich; Ernährung während der ersten Tage durch flüssige und breiige Speisen. Bei der Entlassung der Pat. 2 Wochen p. op. vermochte dieselbe schon bis zu 2 cm Entfernung der vorderen Zahnreihen die Mundhöhle zu öffnen; allmählich gelang dies in normaler Ausdehnung, und jetzt, wie ich erst kürzlich wieder feststellen konnte, ist die Bewegung in dem Kiefergelenke vollständig frei und unbehindert.

Dass in diesem Falle die Einrichtung nach Durchtrennung der sie einzig und allein behindernden stark angespannten Band- und Muskelfasern (Mm. masseter und pterygoid. ext., Lig. laterale ext.) glückte, dazu mag gewiss der Umstand, dass die Luxation erst 5 Wochen alt war, mit beigetragen haben. Es sei desshalb auch zugegeben, dass in sehr veralteten Fällen, wie auch da, wo noch andere, ohne größere Nebenverletzungen nicht zugängliche Hindernisse (stark gespannte Ligg. stylo- und sphenomaxillare etc.) die Irreponibilität bedingen, auf die beschriebene Weise das Ziel nicht zu erreichen sein werde. Aber dann lässt sich ja immer noch von der gewählten Schnittführung aus, die der zur Resektion des Gelenkkopfes nothwendigen entspricht, die letztere ohne durch die vorausgegangenen Eingriffe vermehrte Schwierigkeiten anschließen.

Beiläufig noch eine kurze Bemerkung über das bekannte Verfahren der unblutigen Einrichtung der Kieferluxation. Wenn bei demselben durch Herabdrücken des Unterkiefers in der Richtung

nach unten hinten mittels der auf die hinteren unteren Backzähne gelegten Daumen das Gelenkköpfchen unter das Niveau des Tuberculum articulare gebracht worden ist, ist es von außen dem Finger zugänglicher, so dass von hier aus, bei nicht allzu fettreichen und muskulösen Wangen, ein direkter Druck auf dasselbe nach hinten ausgeübt werden kann. Mittels solchen habe ich in einigen Fällen, in denen der Versuch, den Kiefer zu schließen, und eben so der, den Proc. coronoideus nach hinten zu drücken, nicht zum Ziele geführt hatte, die Reduktion sofort bewerkstelligen können. Es sei desshalb auf dieses einfache Hilfsmittel aufmerksam gemacht.

---

1) **Jeannel.** Chirurgie de l'intestin. 2. Edition.

Paris, **Institut de bibliographie scientifique,** 1901. 657 S. 694 Abbldgn.

Dieses schon in der 1. Auflage gerühmte Nachschlagebuch für Operationen am Darme — mit Ausschluss des Mastdarmes — ist durch die mit emsigstem Fleiße fortgeführte Zusammenstellung aller auf dem betreffenden Gebiete publicirten Neuerungen, die durch zahlreiche Abbildungen erläutert werden, zu einem Werke geworden, das Jedem, der hier arbeiten, und Jedem, der sich hüten will, durch neue Vorschläge Prioritätsstreitigkeiten hervorzurufen, ein zuverlässiger Berather sein wird.

Richter (Breslau).

---

2) **Naudet.** De l'incision cruciale de la laparotomie.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Die Arbeit N.'s enthält eine warme Empfehlung des bekannten Küstner'schen suprasymphysären Kreuzschnittes (»Kreustschnitt«), dessen Vorzüge bei der Ausführung kleinerer gynäkologischer Operationen (Entfernung von Adnexgeschwülsten, Beseitigung von Uterusdeviationen) besonders in der »ästhetischen«, widerstandsfähigen Narbe gesucht werden.

Von den 5 Operationen aus der Klinik Hartmann's, die zum Schlusse der Arbeit ausführlich registrirt werden, verdient nur die zuletzt aufgeführte Beachtung, da bei dieser nebst den rechtsseitigen Adnexen der kranke Wurmfortsatz (recidivirende Appendicitis simplex) von dem Cavum praevesicale aus entfernt wurde; die übrigen Berichte betreffen die angeführte Indikation.

Gross (Jena).

---

3) **G. B. Shattuck, C. Warren** and **F. Cobb.** A study of twentyfour cases of laparotomy for peritoneal infection in typhoid fever. Summary: Seventeen cases of perforation of intestine; two cases of preperforative necrotic areas; one case of ruptured mesenteric gland; three cases, cause of symptoms undetermined, diagnosis not confirmed.

(Transactions of the amer. surg. assoc. Vol. 18.)

Die Arbeit entzieht sich aus naheliegenden Gründen einem kurzen Referate. Das Material, auf welchem sie begründet ist, ent-

hält die Überschrift. Die Resultate, welche die Verff. aus demselben ziehen, fassen sie in folgenden Sätzen zusammen:

1) Bei vielen schweren Typhusfällen kann eine Perforation oder peritoneale Infektion erst diagnosticirt werden, wenn die letztere bereits weit verbreitet und daher tödlich ist. In solchen Fällen ist die Aussicht einer Operation fast absolut schlecht.

2) Bei mildem Verlaufe des Typhus und gutem Allgemeinbefinden wird eine Bauchoperation leicht ertragen, wenn keine Peritonealinfektion besteht.

3) In einer kleinen Zahl von leichten Typhusfällen kommt es zu plötzlicher Perforation und freiem Ergusse. Bei diesen sind die Symptome fulminant, aber bis zu gewissem Grade lokalisirt, und bei diesen muss

4) sofort operirt werden, denn die unheilbare Allgemeininfektion kann in 1—5 Stunden eintreten, und auf Abkapselung durch Adhäsionen ist nicht zu rechnen.

5) In der Mehrzahl der milden Typhusfälle wird die beginnende Infektion (sei es durch Perforation oder nicht) durch vergleichsweise leichte Symptome angezeigt: Lokale Schmerzen, Druckempfindlichkeit, Spannung und Leukocytose. Die folgenden schweren Symptome bedeuten allgemeine Peritonitis.

6) Diese warnenden Symptome verlangen ernsthafte Beachtung, aber in manchen Fällen werden sie entweder nicht richtig gedeutet, oder man handelt nicht danach.

7) Klagen über Leibschmerzen bei einem Typhusfalle sollten immer den Verdacht auf beginnende Peritonealinfektion wecken.

8) Häufige Zählung der Leukocyten ist in jedem Falle von Typhus nöthig; bestehen Leibschmerzen, so ist dieselbe stündlich auszuführen.

9) Schmerz mit lokaler Druckempfindlichkeit, Muskelspannung und Zunahme der weißen Blutzellen giebt in den meisten Fällen die Indikation zur Operation, in allen zur Konsultation eines Chirurgen.

10) Wenn man annehmen darf, dass die schweren Symptome meist eine allgemeine Peritonitis anzeigen, so folgt daraus, dass die leichten und frühen Symptome die wichtigsten sind.

R. v. Hippel (Dresden).

---

4) **Vanverts** (Lille). Du procédé de Villar, dans la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus et de ses résultats éloignés.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 812.)

Zur Vermeidung der versenkten Nähte bei der Radikaloperation der Leistenbrüche vereinigt V. nach Exstirpation des Bruchsackes und Unterbindung des Bruchsackhalses über dem in die Tiefe gedrängten Samenstrange die beiden Wände der Wundhöhle lediglich durch tiefgreifende, exakt in einer Entfernung von 8—10 mm gelegte



Knopfnähte, derart, dass die Haut beim Ein- und Ausstiche nahe dem Wundrande, die Muskulatur des Obliquus und Transversus hingegen wenigstens 2 cm vom Wundrande entfernt durchstochen werden. Mit den Enderfolgen ist er gleichwohl sehr zufrieden. Von 20 Operirten sah er 11 nach 8 Monaten und länger wieder; keiner hatte ein Recidiv; dessgleichen sah Villar bei 3 Operirten nach 1 Jahre, 15 und 18 Monaten Dauerheilungen. **Reichel** (Chemnitz).

---

5) **R. de Stawell.** The sex of patients suffering from gastric ulcer.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 5.)

Unter 7700 Sektionen fanden sich 96mal Magengeschwüre, 55 bei Männern, 41 bei Frauen. Doch ist dabei zu berücksichtigen, dass bei Weitem mehr männliche, als weibliche Leichen zur Autopsie gelangten. Unter Berücksichtigung einer gleichen Anzahl männlicher und weiblicher Leichen ergab sich jedoch für das Vorkommen des Magengeschwürs unter beiden Geschlechtern ein Verhältnis von 5 : 6. Die Operationslisten hält S. zu Zwecken der Statistik für nicht verlässlich. Unter den 50 Perforationen des Geschwürs (mit Einschluss des Duodenalgeschwürs) kamen auf je 7 Männer 6 Weiber, für das Magengeschwür allein stellte sich das Verhältnis auf 8 : 9. S. hat die Erfahrung gemacht, dass beim weiblichen Geschlechte die Perforation häufiger diagnosticirt und dem entsprechend auch häufiger operirt wird, während bei Männern häufig erst auf dem Sektionstische Klarheit geschaffen wird. **Weiss** (Düsseldorf).

---

6) **J. C. Hemmeter.** The diagnosis of cancer of the stomach.

(Transactions of the amer. surg. assoc. Vol. 18.)
Philadelphia, **W. J. Dornan**, 1900.

Unter einer »Frühdiagnose« des Magenkrebses versteht Verf. nicht eine solche zu einer Zeit, wo die Geschwulst noch nicht zu fühlen ist; denn dies trifft oft genug bei schon weit vorgeschrittenen Fällen zu. Nach seinen Erfahrungen hat der Magenkrebs eine Latenzzeit von 3—4 Monaten, während deren er das klinische Bild einer chronischen Gastritis oder nervösen Dyspepsie bietet. Dies ist die Zeit für die »Frühdiagnose«, der allerdings die wenigsten Pat. zugeführt werden. Aber auch wenn dies geschieht, bietet die Diagnose in diesem Stadium bekanntlich die größten Schwierigkeiten. H. bespricht mit großer Ausführlichkeit und Gründlichkeit alle uns zur Verfügung stehenden diagnostischen Merkmale und Methoden und würdigt in kritischer Weise ihren Werth und ihre Bedeutung. Einen erheblichen diagnostischen Werth legt er dem Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung von abgeschabten Theilchen der Magenschleimhaut bei. Das Ergebnis dieser Untersuchung ist um so zuverlässiger, wenn die Nahrungszufuhr per os ausgeschlossen wird. Die »Curettage« der Magenwand wird mit der Schlundsonde vorgenommen,

der Magen dann mit einem bestimmten Quantum Wasser ausgespült und das Wasser centrifugirt. So erhält man ganz frisches Material, das allein für die Untersuchung tauglich ist. Charakteristisch für eine bösartige Geschwulst sollen nun folgende Zustände sein: 1) Die Ausführungsgänge der Labdrüsen sind verlängert und erweitert, die Zellen, häufig von der Peripherie der Drüse abgelöst, liegen lose in deren Lichtung und zeigen zahlreiche Kerntheilungsfiguren. 2) Diese Mitosen zeigen asymmetrische oder hypo- bezw. hyperchromatische Formen.

Nächst diesem Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung sind folgende Symptome am werthvollsten:

1) Chronische Gastritis oder nervöse Dyspepsie mit progressiver Verschlimmerung trotz sachgemäßer Behandlung.

2) Progressiver Nachlass der motorischen Kraft. Dies kann nur mit gutartiger Pylorusstenose verwechselt werden, bei der aber stets normaler oder erhöhter Gehalt an freier Salzsäure vorhanden ist, während bei der bösartigen die Salzsäure fehlt und Milchsäure vorhanden ist. Diese Unterscheidung bietet bei 2—4wöchentlicher Beobachtung keine Schwierigkeit.

3) Progressive Abnahme der freien Salzsäure bei ständigem Nachlasse der motorischen Kraft.

4) Rapide Abmagerung in Abwesenheit anderer zehrender Krankheiten.

Sind die genannten Symptome vorhanden, so soll man mit der Probelaparotomie nicht zögern.

Alles in Allem erwartet H. einen Fortschritt hinsichtlich der Diagnose nur von einem tieferen Eindringen in die Ätiologie der bösartigen Geschwülste und glaubt, dass wir zu einem solchen nicht auf bakteriologischem, sondern nur auf pathologischem und physiologisch-chemischem Wege, d. h. durch Studium der veränderten Struktur und Lebensäußerungen der Geschwulstzelle gelangen werden. Dann erst, wenn wir eine auf der Erkenntnis der Ätiologie begründete Therapie besitzen werden, können wir hoffen, auf Grund einer Frühdiagnose etwas zu nützen. Die chirurgische Behandlung des Magencarcinoms kann nicht die der Zukunft sein, da ihr unvermeidlich das Recidiv folgt. (Verf. malt hier doch mit etwas zu schwarzen Farben! Ref.)

R. v. Hippel (Dresden).

---

7) **Lemarchand.** Contribution à l'étude de la gastrostomie.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Als neue, ausgezeichnete Methode der Gastrostomie beschreibt L. — nach abfälliger Kritik der »klappenbildenden« Methoden von Pénières, Fontan, Witzel, Ssebanajew und Marwedel — das Verfahren von Poncet, Schwartz, Monod u. A. (nicht namentlich aufgeführten) französischen Chirurgen. Diese modificiren die »klassische« Gastrostomie dahin, dass die Naht, welche die Magenwand an die Wundränder der Bauchwand fixirt, nur durch Serosa

und Muscularis geführt wird und die Schleimhaut nicht mitfasst. Letztere quillt bei der Incision des Magens vor und legt sich so in die Öffnung ein, dass diese völlig verschlossen wird.

Genauere Beschreibung der Operation: Schnitt, parallel dem linken Rippenbogen, 3 cm von diesem entfernt, eröffnet die Bauchhöhle. Der Magen wird mit einer Pincette so weit hervorgeholt, dass die Spitze des »Conus« eben das Niveau der Haut erreicht. Sero-seröse Naht. Eine 2. Nahtreihe (»seröse-musculo-aponeurotische Naht«) vereinigt die Bauchwand ausschließlich der Haut mit der Magenwand, ohne Schleimhaut zu fassen. Der 3. Akt der Operation eröffnet den Magen an der Spitze des Conus durch einen minimal kleinen Schnitt (Tenotom), so dass in die Öffnung eben ein kleines Gummirohr eingeführt werden kann. Darüber Haut-Muskelnaht. Das Rohr bleibt 4—5 Tage liegen, wird dann entfernt und bei jeder Nahrungseinführung wieder eingelegt.

Der gute funktionelle Erfolg, wie die Gefahrlosigkeit der Methode wird durch 16 Krankengeschichten aus der Praxis von Schwartz und Monod illustrirt. In keinem dieser Fälle — die Operation beanspruchte 30—40 Minuten — trat Störung der Wundheilung ein, obwohl die Fistel vom 2. Tage an benutzt wurde, eben so wenig im weiteren Verlaufe Erweiterung der Öffnung; im Gegentheile zeigte diese Neigung zur Obliteration (Nothwendigkeit des Bougirens; Quellstifte) derartig, dass sogar in je einer Beobachtung von Schwartz und Monod eine 2. Gastrostomie nothwendig wurde.

Das angefügte Litteraturverzeichnis enthält keine deutsche Arbeit.

Gross (Jena).

---

8) **Demoulin.** Tumeurs inflammatoires du tube digestif. Sténose du pylore. Gastro-entérostomie. — Rapport par Tuffier.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 833.)

D. beobachtete bei einem 32jährigen Pat. das vollständige Verschwinden einer harten, ziemlich scharf begrenzten, etwa orangegroßen Geschwulst des Pylorus nach der Gastroenterostomie, und zwar schon 20 Tage nach der Operation. Pat. erholte sich rasch, war nach einigen Monaten ganz gesund. Es handelte sich wohl sicher um eine entzündliche, nicht — wie D. vorher annahm — krebsige Geschwulst.

Der Berichterstatter Tuffier hat ein ähnliches Vorkommnis einige Male beobachtet. Er erklärt das Verschwinden der Geschwulst auf zweierlei Weise: in einigen Fällen — und dies sind die, in denen die Geschwulst schon sehr früh nach der Operation verschwindet, — gleitet diese nach oben unter die falschen Rippen und entzieht sich damit der Tastung; in anderen Fällen bildet sie sich langsam in Folge allmählicher Heilung der entzündlichen Veränderungen zurück.

Reichel (Chemnitz).

---

9) **A. Mugnai** (Arezzo). Nuovo processo di gastroentero-stomia.

(Clinica chirurgica 1900. No. 1.)

M.'s Methode basirt auf den Versuchen Knie's (1890) und Bastianelli's (1894), so wie den Vorschlägen von Porta und Podrez (1898), bei der Operation die Eröffnung der Eingeweide nicht vorznnehmen, sondern bloß bis an die Submucosa zu nähen und in irgend einer Weise die Nekrose der beiden Schleimhäute einzuleiten, welche ja vorwiegend von der Serosa und Muscularis aus ernährt werden. Er vereinigt zuerst Magen und Darm auf 6—7 cm Länge durch eine fortlaufende (überwendliche) Naht, die nur die beiden Serosen fasst. 1 1/2—2 cm von dieser Nahtlinie entfernt und parallel mit ihr wird mit dem flachen Thermokauter die Serosa und Muscularis zuerst des Magens, dann des Darmes in einer Ausdehnung von 3—4 cm verschorft. Dann werden mit einer starken Seidennaht die schmalen kauterisirten Flächen der beiden Eingeweide an einander gepresst, indem der Faden an dem einen Ende des Brandschorfes in den Magen hinein —, an dem anderen herausgeführt, dann am korrespondirenden Darmschorfe wieder in die Lichtung eingeführt und am anderen Ende ausgestochen wird. Dieser Faden bringt die in ihrer Ernährung ohnehin schwer geschädigten Schleimhäute vollends zur Nekrose. Schließlich wird die erste fortlaufende Naht noch um die ganze »Brandstätte« geführt.

M. hat in dieser Weise 3 Fälle mit bestem Erfolge operirt: eine Pylorusstenose gutartiger Natur und 2 sehr ausgedehnte Magencarcinome. Der erste hatte vom 3. Tage ab freie Kommunikation und nahm in kurzer Zeit 10 kg zu; bei den beiden anderen zeigte die Autopsie nach 50 und nach 8 Tagen dasselbe Resultat.

J. Sternberg (Wien).

---

10) **Friedmann** (Wien). Die operative Behandlung der Lebercirrhose.

(Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie Bd. III. Hft. 15.)

Verf. erweitert die ihm gestellte Aufgabe, indem er nicht nur die vom Ref. als bekannt vorausgesetzte — durch Talma und v. Eiselsberg besonders in Deutschland eingeführte — Operation in ihrer Geschichte, Technik und Indikation an der Hand des ihm verfügbaren Materials bespricht, sondern auch die pathologische Anatomie der Lebercirrhose, deren Schädlichkeit die Operation auszugleichen sucht. Tilmann's Thierversuche finden ebenfalls ihre Würdigung.

Das Referat berichtet nun von 13 Fällen; der Erfolg der Operation war in 5 Fällen (Drummond-Morison, Morison, Talma) gut (Heilung), in 2 (Rolleston-Turner, Bessowski) leidlich (Besserung), in 1 Fall (Talma) negativ. In 5 Fällen (Drummond-Morison, Morison, Ewart, Schelky, Weir) erfolgte der Tod, jedoch nur bei dem Falle Weir's durch die Operation (eitrige Peritonitis),

während bei den übrigen 4 »die Indikation zur Operation nicht vorhanden war« (Irrthum in der Diagnose) bezw. in dem Falle Schelky ein unglücklicher Zufall.

Verf. verspricht der Operation eine große Zukunft; er empfiehlt sie für jeden Fall von sicher gestellter Lebercirrhose mit Ascites, bei dem die medikamentöse Therapie (Jod), so wie die 2mal vorgenommene Paracentese erfolglos geblieben sind. Als Conditio sine qua non ist die noch erhaltene Funktion der Leberzellen zu fordern (Talma) oder, allgemein gesagt, der Zeitpunkt zur Operation, wo »der Pat. noch Zeit hat, leistungsfähige und dauernde Kollateralbahnen zu bilden« (mehrere Wochen, vielleicht Monate). In einem Nachtrage wird in Berufung auf die Arbeit des Niederländers Lens die Priorität des operativen Verfahrens bei Lebercirrhose mit Ascites für Talma gegenüber Drummond-Morison beansprucht und zugleich über die neueste Publikation Talma's (Berliner klin. Wochenschrift 1900 Juli 30) bei Heilung in einem weiteren Falle berichtet.

Gross (Jena).

---

11) **Jonnesco** (Bukarest). Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage. — Rapport par M. Pierre Delbet.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 966.)

J. theilt 4 erfolgreich mit Incision, Ausräumung des Sackes, Vernähung desselben ohne Drainage und Reposition operirte Fälle von Echinokokkengeschwülsten der Leber mit. Er stellt folgende Sätze auf:

1) Das Verfahren der Wahl bei der Behandlung der Echinokokkencysten der Leber ist die Incision gefolgt von Entleerung, Ausräumung der Muttercyste, trockene Reinigung des fibrösen Sackes, Naht und Reposition dieses Sackes ohne Drainage und ohne Fixation an die Bauchwand.

2) Die Capitonnage (Beseitigung des Hohlraumes durch Aufeinandernähen der Sackwandungen) kann mit Nutzen bei den zu großen Säcken in Anwendung gezogen werden, damit man auf eine schnelle Verlöthung der Wandungen mit einander hoffen kann.

3) Die antiseptischen oder reizenden Einspritzungen in die von ihrem Inhalte entleerten Säcke sind unnütz und gefährlich. Man soll sie unterlassen.

4) Das Auswaschen der Säcke mit einfach aseptischen Lösungen, wie sterilem Wasser, künstlichem Serum, ist unnöthig. Die einfache Reinigung mit sterilen Kompressen genügt.

5) Die Beutelbildung des Sackes (Einnähen des eröffneten Sackes in die Bauchwunde) soll für die vereiterten Cysten reservirt bleiben, bei denen die Methode der unmittelbaren Naht Misserfolge geben könnte.

6) Alle anderen medikamentösen oder chirurgischen Behandlungsmethoden der Hydatidencysten besitzen keine Berechtigung mehr.

7) Man schließe den Sack durch eine zweifache Etagennaht, eine tiefe, die ganze Dicke der Schnittränder umfassende und eine oberflächliche Lembert'sche.

Der Berichterstatter Delbet ist im Allgemeinen mit diesen Sätzen einverstanden. Nur empfiehlt er für die großen und besonders die starrwandigen Cysten mehr die Capitonnage. Vor der Methode der Punktion der Cysten und Injektion parasitentödtender Flüssigkeiten warnt er; er hält sie für unsicher und gefährlich. Bryant hat dabei die Pfortader perforirt; in einem von Delbet beobachteten Falle hätte bei der Punktion die Nadel durch den Darm durchgestochen werden müssen. — Delbet theilt dann selbst noch eine eigene Beobachtung einer sehr großen, halb die Bauchwand, halb die Brustwand vorwölbenden Echinokokkencyste mit, die er durch Incision, Ausräumung und Capitonnage anstandslos zur Heilung brachte. Er selbst verfügt bisher über 7 Fälle. Im Ganzen zählt er — einschließlich der 4 Beobachtungen von J. — 21 Fälle, die sämmtlich geheilt wurden. Eine doppelte Etagennaht des Sackes hält er nicht für nöthig, ja bei starrwandigen Cysten oft nicht ausführbar.

Reichel (Chemnitz).

---

12) **C. Dalla Rosa** (Venedig). Sul processo di cicatrisazione del condotto cistico in seguito alla sua legatura.

(Clinica chirurgica 1900. No. 1.)

Die Frage nach dem besten Verschlusse des Ductus cysticus nach der Cholecystektomie ist noch nicht entscheidend beantwortet. Von der einfachen Ligatur zur »Durchsteppung« und komplicirten Einstülpung mit mehrfacher Schichtennaht sind alle denkbaren Verfahren empfohlen worden. Dazu kommen die Einnähungs- und Versenkungsmethoden. Übereinstimmung herrscht nur im Verwerfen des Katgut. — D.-R. hat nun die Ergebnisse im Thierexperimente sorgfältig studirt, besonders, ob die einfache Ligatur mit Katgut, wie sie sein Lehrer Giordano übt, genügt, um einen exakten dauernden Verschluss zu erzielen. 6 Hunde wurden der Cholecystektomie unterzogen, selbstverständlich unter peinlicher Asepsis; glatte Heilung. Der Stumpf des Ductus cysticus lag stets in einer seichten Leberfurche, nicht dilatirt, von zarten Verwachsungen umgeben, wenn nach 6—40 Tagen die Autopsie vorgenommen wurde.

Die histologischen Details sind sehr interessant: Peripher von der Ligatur waren die Zotten der Schleimhaut bei erhaltenem Äußern in voller Degeneration (schon nach 6 Tagen), die übrigen Schichten infiltrirt. Aus einem anderen (18tägigen) Stumpfe ist deutlich zu ersehen, wie sich (im Längsschnitt) oberhalb der Ligatur die Zotten einwärts vordrängen, so dass sich eine basale ununterbrochene Auskleidung des cylindrischen Stumpfes gebildet hat, während die abgeschnürte Schleimhaut im Granulationsgewebe bezw. in der Narbe noch deutlich erkennbar, aber dicht umwachsen ist, und jede An-

deutung eines Kanales fehlt. In den älteren und letzten Stümpfen fehlt in der festen Narbe jede Spur der Schleimhaut.

J. Sternberg (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Zur Behandlung der Schrägbrüche des Unterschenkels.

Von

Prof. **Kolaczek** in Breslau.

Der erste Artikel im Centralbl. f. Chirurgie 1901 drückt mir die Feder in die Hand, da mir die Frage der besten und einfachsten Behandlung der Schrägbrüche des Unterschenkels schon längst endgültig gelöst scheint. Oder sollte der Ärztewelt die Herstellung eines vortrefflich extendirenden Gipsverbandes für solche Brüche unter Anwendung der Baudens'schen Sohlenextension (Deutsche Chirurgie, E. Fischer, Lief. 21 p. 28) noch so wenig bekannt sein? Ich vermuthe vielmehr, dass diese Methode, die sich mir seit 20 Jahren außerordentlich bewährt hat, wieder in Vergessenheit gerathen ist. Daher dürfte es vielleicht Vielen nicht unwillkommen sein, die Art der Anlegung eines derartigen Gipsverbandes, wie sie überall, in jeder Hütte und ohne sachverständige Assistenz, zuverlässig ausgeführt werden kann, hier rekapitulirt zu sehen.

Während der Kranke durch eine z. B. am Bettpfosten endigende kontraextendirende Perinealschlinge festgehalten wird, versieht man den rechtwinklig gehaltenen Fuß des von seiner Unterlage etwas emporgehobenen Beines mit dem Baudens'schen Extentionsverbande und hat dabei nur darauf Bedacht zu nehmen, dass die große Zehe in die bekannte Richtungslinie fällt. Ich selbst weiche, wie mich däucht zweckmäßig, von Baudens' Verfahren in so weit ab, als ich der oblongen soliden Holzschiene die Länge und Breite der Sohle gebe und das aus Segelleinwand hergestellte, zum Ziehen bestimmte Bindenstück von der Breite der Schiene an ihrer plantaren Seite in der Längsrichtung mit Reißbrettzwecken befestige. Während nun die obere Hälfte des etwa 1 m langen Bindenstückes emporgehalten wird, presst man diese Schiene mittels Stapes, Spica und die Ferse achterförmig umkreisender Touren einer Flanellbinde innig an die Sohle, schlingt dann die Enden der Zugbinde in einem von der Schiene etwa 20 cm betragenden Abstande zu einem festen Knoten, doch so, dass die Bindenfigur einem rechtwinkligen Dreiecke gleicht, dessen Hypothenuse der obere Bindenschenkel darstellt, damit der bald in Wirkung tretende Zug vornehmlich an der Ferse, also in der Längsachse des Unterschenkels, angreife und die gegebene Stellung des Fußes nicht störe. Zur Extension verwendet man eine am Bindenknoten befestigte, kräftige Doppelschnur, die man andererseits z. B. am Fensterriegel oder an der Thürklinke endigen lässt. Darauf wird nun von irgend Jemand mittels eines in der Mitte zwischen die Schenkel der Schnur durchgesteckten und rechtwinklig zu dieser langsam im Kreise geführten Knebels eine spiralige Aufdrehung derselben bewirkt, während der Arzt selbst mit der einen Hand den richtig stehenden Fuß, mit der anderen aber den Bindenknoten fixirt. Bald fängt dann der Kranke an, durch Schmerzäußerung auf die sich steigernde Zugwirkung zu reagiren. Je langsamer aber diese anwächst, desto leichter passen sich ihr die gereizten Weichtheile an der Bruchstelle an, und desto mäßiger ist die Intensität des Schmerzes. Auch kurze Pausen in der Drehbewegung des Knebels tragen zur Beschwichtigung des Kranken bei.

Es leuchtet ohne Weiteres ein, dass auf solche Weise ein hoher Grad von stetiger Extensionswirkung sich erzielen lässt. Durch Einschiebung eines Dynamometers in diese Zugvorrichtung ließe sich die Zugkraft einfach messen. Doch erübrigt sich ein solcher Messapparat, da die Intensität der Schmerzäußerung

seitens des Kranken und der leicht messbare Abstand der Kniescheibe von der Knöchelspitze den Arzt bezüglich des Extensionseffektes genügend sich orientiren lassen.

Ist nun die normale Länge des Unterschenkels durch diesen Zug wieder hergestellt, so folgt die Anlegung des Gipsverbandes von den Zehen an bis über das Knie hinauf. Plant man eine ambulante Nachbehandlung, so wird durch Einlegung von Span für eine ausreichende Festigkeit der Sohlenpartie des Verbandes gesorgt. In Anstalten kann man zu diesem Zwecke entsprechende, bis etwa zur Mitte des Unterschenkels reichende Metallschienen, die ungefähr dem unteren Abschnitte des Thomas'schen Tutors gleichen, bereit halten. Nachdem der Gipsverband hart geworden ist, wird die Zugvorrichtung beseitigt und die Sohlenschiene mittels einer Fasszange nach oben hervorgezogen. Der dadurch hergestellte Spielraum zwischen Fuß und Sohlenstück des Verbandes erleichtert den bis dahin durch die feste Einwicklung des Fußes etwas beeinträchtigten Blutumlauf.

Nur selten, bei besonders sensiblen Personen, habe ich bei Herstellung eines solchen Verbandes von der Narkose Gebrauch gemacht. Nie habe ich in diesem Verbande irgend ein Decubitalgeschwür, sei es am Fußrücken, sei es am Knie entstehen sehen. Eine stärkere Anschwellung des Unterschenkels lässt man selbstverständlich durch entsprechende Maßnahmen sich zurückbilden, ehe zur Applikation einer solchen Gipskapsel geschritten wird.

Komplicirte Brüche erfordern natürlich eine entsprechende Fensterung dieser zunächst als Occlusivverband hergestellten Kapsel.

Die Callusentwicklung hält sich in diesem Gipsverbande in sehr bescheidenen Grenzen. Die sichere Konsolidation des Bruches lässt daher bei der Behandlung des Bruches in der Bettlage relativ lange auf sich warten. Umhergehen beschleunigt sie aber, ohne den in Gehverbänden bei nahe dem Fußgelenke gelegenen Brüchen sonst häufig beobachteten Nachtheil der Entwicklung eines allzu abundanten Callus und einer hartnäckigen Versteifung des Fußgelenkes im Gefolge zu haben.

Heilung des Bruches ohne Verkürzung des Unterschenkels ist die Regel, mit einer nur wenige Millimeter betragender Verkürzung Ausnahme.

---

13) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

115. Sitzung am Montag, den 11. Februar 1901, im Krankenhause Am Urban.
Vorsitzender: Herr Körte.

1) Herr Körte: Demonstration von Kranken.

K. operirte eine 40 Jahre alte Pat., die alle Erscheinungen einer Pneumonie und eines sich anschließenden Empyems dargeboten hatte, während sich bei der Operation eine Lungengangrän herausstellte.

K. nahm ein durchgebrochenes Empyem an, resecirte eine Rippe, der Pleuraraum war verklebt. Er incidirte die Pleura, stieß nunmehr auf zerfallenes Lungengewebe, so wie eine apfelgroße Höhle. Mehrere Lungensequester ließen nicht mehr im Zweifel, dass es sich um eine Gangrän im linken unteren Lungenlappen handelte.

Bei der — vorgestellten — Pat. sistirte der jauchige Auswurf; die völlige Ausheilung der Höhle wird wahrscheinlich später eine nochmalige Rippenresektion erfordern.

b. Resektion des Femur wegen Sarkom.

Der jugendliche Pat. war völlig gesund bis zum Anfange des Jahres 1899 und erkrankte damals mit Schmerzen im linken Oberschenkel und danach auftretender Anschwellung desselben. Allmählich entwickelte sich eine nicht schmerzhafte, spindelförmige Geschwulst, das Kniegelenk blieb frei.

Die Differentialdiagnose schwankte zwischen Geschwulstbildung oder Periostitis, vielleicht gummöser Natur.

Das Röntgenbild ließ in der Gegend der Geschwulst einen schwachen Schatten erkennen. Da die Schmerzhaftigkeit zunahm, Stehen und Gehen unmöglich wurde,

machte K. eine Probeincision, die nach Durchtrennen einer Schale ein Sarkom (Spindelzellensarkom) erkennen ließ, so wie, dass die Geschwulst bis zum unteren Drittel des Femur reichte. K. entschloss sich zur Resektion, resecirte 19 cm und zapfte das untere Ende in das obere ein.

Pat. geht jetzt recht gut mit einem Schienenapparate.

Der Tumor ging vom Periost aus, hatte eine Schale um sich und war in die Muskulatur eingedrungen, der Knochen war rareficirt.

Diskussion: Herr König hält solche Operationen principiell nicht für richtig, wie ihn das zahlreiche Erfahrungen gelehrt haben. Weiter oben in der Markhöhle findet man auf Schnitten resp. Durchsägungen zahlreiche kranke Herde, die man bei nicht radikalem Operiren zurücklässt.

Herr Körte giebt das zu; aber auch nach Exartikulationen seien Metastasen nicht ausgeschlossen. Andere Operateure haben gleichfalls bei Kontinuitätsresektionen doch zum Theil auch ganz günstige Erfolge zu verzeichnen. Eine Exartikulation kann noch immer hinterher gemacht werden.

c. Stichverletzung des Zwerchfelles und der Milz.

Der betreffende Pat. (Knabe) war von einem Betrunkenen in die linke Seite gestochen und unter den Erscheinungen einer starken Anämie (beschleunigter Puls, Collaps) in das Krankenhaus aufgenommen worden. Im 7. Interkostalraume, in der Axillarlinie fand sich eine 4 cm lange Stichwunde, die Brusthöhle mit Luft gefüllt. Er erholte sich langsam, die Temperatur war am nächsten Tage 38,4, es fand sich starke Spannung der Bauchmuskulatur, der Leib war druckempfindlich, die Verletzung intraabdomineller Organe war also wahrscheinlich.

K. resecirte nunmehr ein Stück der Rippe und präparirte einen Weichtheillappen ab. Dabei zeigte sich, dass der Stich die linke Lunge, das Zwerchfell und die Milz verletzt hatte. K. nähte Milz und Zwerchfell und legte den Weichtheillappen auf das Zwerchfell auf. Heilung.

d. Verletzung der Art. axillaris durch Schulterverrenkung.

Der 54 Jahre alte Pat. hatte sich bei einem Gerüsteinsturze mit der linken Hand festhalten wollen und dabei eine Verrenkung der Schulter erlitten. Auf einer Unfallstation wurde der Arm ohne besondere Mühe reponirt, gleichzeitig aber ein bedeutender Bluterguss in der Achselhöhle konstatirt.

Pat. suchte desswegen noch an demselben Tage das Krankenhaus auf. Die Hand war blauroth geschwollen, die Schulter schwoll über Nacht bis zu Mannskopfgröße an, Bewegung in der Schulter frei, Puls über der Art. axillaris war erhalten. Wegen drohender Berstung der Haut und Lähmung der Nervenstämme machte K. nunmehr unter Kompression der Art. subclavia eine Incision in der Achselhöhle und vergrößerte die Wunde durch einen Lappenschnitt.

Es entleerte sich eine große Menge schwarzen Blutes, die Axillaris, so wie ein Loch in derselben kam zu Gesicht — anscheinend war ein von ihr abgehender Ast abgerissen. K. entschloss sich, die Wunde in der Axillaris zu nähen (mit Celluloidzwirn), wagte aber nicht, die Hautwunde zu verschließen, sondern schlang um die Arterie einen Sicherheitsfaden, den er nach außen leitete, und führte einen Tampon ein.

Bedauerlicherweise bekam der Mann ein stark nässendes Jodoformekzem, dann ein Erysipel und 3 Wochen nach der Operation eine starke Nachblutung.

Die Arterie musste freigelegt und doppelt unterbunden werden. Es trat nun eine partielle Gangrän des Armes auf — Defekt in der Ulna und im Muskelgewebe des Vorderarmes, ferner eine Eiterung im Schultergelenke.

Zur Zeit ist dasselbe leidlich beweglich, Vorderarm, Hand und Finger allerdings noch völlig unbeweglich. K. glaubt, wenn er primär unterbunden hätte, würde er wahrscheinlich später zu einer Amputation genöthigt worden sein.

Diskussion: Herr Rotter verletzte bei Gelegenheit der Exstirpation eines Sarkoms die Art. poplitea und machte die Arteriennaht. Als er später wegen Recidivs amputiren musste, fand sich die Arterie thrombosirt.

Herr Israel hat die Vena axillaris bei Exstirpation eines Mammacarcinoms 2mal mit gutem Erfolge genäht.

2) Herr Horneffer: a. Fall von Schädelverletzung.

Dem 19jährigen Pat. stürzte ein Fahrstuhl auf den Kopf. Bei der alsbaldigen Einlieferung ins Krankenhaus fand sich: Bewusstlosigkeit, über dem rechten Scheitelbein eine 10 cm lange Wunde mit Fraktur des Schädels; ein 8 cm langes, 3 cm breites Knochenstück ist in das Gehirn eingedrückt, und zwar in der Gegend der rechten Centralfurchenwindung. Bei Entfernung des Knochenstückes fließt viel zertrümmerte Gehirnmasse ab. Tamponade.

Totale linksseitige Lähmung, Facialisparese links. Es bildet sich ein birngroßer Gehirnvorfall, der allmählich zurückgeht; die Lähmung im Beine geht ebenfalls zum Theil zurück, der Arm bleibt gelähmt. Dagegen bestehen Sehstörungen, Pat. kann nicht buchstabiren, nicht laut lesen, einzelne Worte nicht aussprechen. Er giebt an, zwar mit der rechten Hand gearbeitet zu haben, als Kind aber Linkshänder gewesen zu sein. Entlassung 4 Monater später. Die Sprachstörungen sind noch dieselben, das Bein kann etwas bewegt werden, so dass Pat. selbständig gehen kann; der Arm ist noch fast völlig gelähmt.

b. Subkutane Verletzung der Art. subclavia.

Der 42 Jahre alte Pat. gerieth mit dem linken Arme in ein Schwungrad und wurde mit demselben herumgeschleudert. Bei der Aufnahme im Krankenhause fand sich eine Abreißung der linken Clavicula vom Akromion, Fraktur der rechten Clavicula, ziemlich großes Hämatom in der linken Fossa supraclavicularis, nicht pulsirend. In der linken Art. axillaris, brachialis, radialis, ulnaris kein Puls, Gebiet des linken N. ulnaris paretisch.

Irgend eine Cirkulationsstörung am linken Arme bestand nicht, trat auch nicht auf. Das Hämatom bildete sich langsam zurück. Nach 3 Wochen fühlte man wieder einen ganz schwachen Puls in der Art. radialis, aber nicht ständig. Nach 4 Wochen geheilt entlassen.

Es handelte sich wahrscheinlich um eine Zerreißung der innere Häute der Art. subclavia.

3) Herr Brentano: Kontusionen des Bauches.

B. weist auf die Schwierigkeiten hin, die die Beurtheilung schwerer Fälle von Bauchkontusionen alsbald nach der Verletzung zu machen pflegen. Er betont, dass gerade die für Magen- und Darmzerreißungen wichtigsten Symptome, nämlich die durch den Austritt von infektiösem Materiale bedingten peritonealen Reizerscheinungen, häufig auch in Fällen auftreten, bei denen der Magen und Darm intakt ist.

Am häufigsten werden dieselben beobachtet nach Quetschungen des Darmes und partiellen Läsionen seiner Wand, so wie nach Blutungen aus den großen Drüsen so wie Mesenterialgefäßen mit und ohne Beimengung von Galle, Urin oder Pankreassaft. Auch retroperitoneale Blutungen rufen zuweilen ausgesprochene peritonitische Symptome und desshalb Täuschungen über die Art der vorliegenden Verletzung hervor.

Die Gründe dafür sucht Vortr.

1) in dem Umstande, dass neben der Blutung in das retroperitoneale Bindegewebe fast stets intraperitoneale Läsionen der schon genannten Art vorhanden sind;

2) in dem Reize, den das ergossene Blut auf Nerven und Plexus so wie auch auf die Darmmuskulatur ausübt, wenn es sich in das Mesenterium hinein erstreckt;

3) in Ernährungsstörungen, welche das weithin abgelöste Peritoneum und die von ihm überzogenen Theile in Folge der durch den Bluterguss bewirkten Kompression der zu- und abführenden Gefäße erleiden;

4) in der Autointoxikation des Organismus, welche die Resorption eines jeden größeren Blutextravasates im Gefolge hat.

B. führt ferner 2 Fälle von retroperitonealen Blutergüssen vor, die auf der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Urban zur Beobachtung kamen:

1) Ein wahrscheinlich von den Nieren ausgehendes retroperitoneales Hämatom täuscht eine Blasenruptur vor. 22jähriger Kutscher wird von einem schweren Kohlenwagen über den Leib gefahren und bewusstlos in das Krankenhaus gebracht; hier mehrmaliges Erbrechen und Zeichen schweren Choks. Rechte Seite des Leibes stark aufgetrieben, sehr druckempfindlich, Bauchdecken aufs äußerste gespannt. Deutliche Schallabschwächung bei der Perkussion daselbst. In der Blase 300 ccm blutigen Urins, die mittels Katheters entleert werden müssen. 2 Stunden später ist die Blase leer, obschon Pat. inzwischen viel getrunken hat.

4 Stunden nach der Verletzung in der Annahme einer Blasenruptur Sectio alta (Prof. Körte). Blase leer, aber intakt. Darum Eröffnung der Bauchhöhle, in derselben etwas blutige Flüssigkeit, Dünndarm stellenweise stark kontrahirt, Coecum und Colon ascendens blutig suffundirt. Nirgends eine Perforation, dagegen ein großes retroperitoneales Hämatom vom Becken bis zur Niere und dem Dünndarm-Mesenterium medianwärts bis zur Wirbelsäule reichend.

Ausspülung der Bauchhöhle. Schluss der Wunde bis auf eine kleine Stelle, durch welche ein Jodoformgazestreifen bis auf die Blasennaht geleitet wird.

Heilung per primam.

Urin vom 3. Tage nach der Operation an blutfrei.

4 Tage nach derselben beginnend 4 Wochen lang anhaltende Fieberperiode mit Temperatur 38 und etwas darüber, die theils durch eine Resorption des Extravasates, theils durch eine wahrscheinlich traumatische rechtsseitige Pleuritis hervorgerufen zu sein scheint.

Das Bemerkenswertheste des Falles ist eine 4 Wochen dauernde Hämoglobinurie, die 16 Tage nach dem Unfalle einsetzte und allmählich verschwand. Sie ist mit Wahrscheinlichkeit auf die Resorption des Extravasates zurückzuführen. Heilung und Entlassung aus dem Krankenhause 2 Monate nach der Verletzung.

2. Fall. 38jähriger Arbeiter, Hufschlag in die linke Seite des Leibes. Gleichfalls zunächst ausgesprochene Erscheinungen einer Blasenruptur (blutiger Urin, Blasenlähmung, Temperatur 37,4, Puls 100, Leibesauftreibung, Druckempfindlichkeit und Rigidität der Bauchmuskulatur). Pat. soll desshalb 4 Stunden nach der Verletzung operirt werden, verweigert aber die Operation. In den nächsten 3 Tagen entwickelt sich unter Steigerung der Temperatur ein deutlich perkutorisch und palpatorisch nachweisbares Exsudat in der Gegend der Verletzung, das als entzündliches intraperitoneales Extravasat um eine Perforationsstelle des Darmes angesehen wird; desshalb wird die Laparotomie (Prof. Körte) vorgenommen, nachdem Pat. seine Einwilligung gegeben. Eröffnung der Bauchhöhle durch einen schrägen Schnitt, vom linken Rippenbogen bis nahe an die Symphyse.

Großes retroperitoneales Hämatom, von der linken Niere, die gefühlt wird und anscheinend intakt ist, bis zur Blase reichend, deren seröser Überzug noch theilweise abgehoben wird. — Nach rechts ragt das Hämatom noch über die Mittellinie hinaus. Durch dasselbe wird die Flexura sigmoidea stark in die Höhe gedrängt und anscheinend in ihrer Lebensfähigkeit beeinträchtigt; desshalb wird dieselbe an das Peritoneum parietale angenäht und die Bauchwunde nur zum Theil geschlossen. Das retroperitoneale Hämatom wird durch eine Incision zwischen 12. Rippe und Crista für sich extraperitoneal drainirt. Urin schon wenige Tage nach der Operation ganz klar, muss aber der bestehenden Blasenlähmung wegen längere Zeit hindurch (ca. 14 Tage) mit dem Katheter entleert werden.

Aus dem weiteren Verlaufe ist hervorzuheben: das Auftreten einer Kothfistel, da der Darm gangränverdächtig war, und zweitens die Entwicklung einer Lymphfistel an der Stelle, wo das retroperitoneale Extravasat drainirt war. Letztere Fistel besteht noch. Sie liefert durchschnittlich pro die 200—300 ccm einer trüben, nicht riechenden, grauweißen Flüssigkeit, die bei längerem Stehen eine rein eitrige Bodenschicht absetzt.

Eine in die Fistel eingeführte Sonde dringt weit nach der Mittellinie bis in die Gegend des 1. und 2. Lendenwirbels vor, so dass die Annahme begründet ist, dass eine der Wurzeln des Ductus thoracicus durch den Unfall zerrissen ist. Die

Kothfistel konnte durch Anfrischung und Naht geschlossen werden, die Lymphfistel dagegen trotzte verschiedenen Versuchen, sie zu schließen.

Zu bemerken ist noch, dass Pat. ein Jahr vor seinem Unfalle angeblich eine Nierenoperation (welcher Art?) durchgemacht hat, von der er eine Narbe in der vorderen linken Axillarlinie ungefähr in Nabelhöhe zurückbehalten hat. In dieser Narbe mündet ursprünglich die Lymphfistel, so dass die Annahme nahe lag, dass es sich um eine Nieren- resp. Nierenbeckenfistel handeln könne. Dem widerspricht, dass niemals urinös riechende Flüssigkeit aus der Fistel austrat, der Urin selbst quantitativ und qualitativ normal war und sich bei der Einführung von Methylenblau per os färbte, während das Fistelsekret ungefärbt blieb.

Pankreasfermente konnten in dem Sekrete nicht nachgewiesen werden.

4) Herr Grüneisen: Subphrenische Abscesse:

1) entstanden nach Magenperforation.

42jähriger Mann, vor 6 Jahren Magenblutung, vor 14 Tagen mit allgemein peritonitischen Symptomen erkrankt. Aufnahme am 12. Februar 1900. Vorwölbung der linken Seite, Tympanie und Metallklang im Epigastrium, mit Lageveränderung Schallwechsel. Bei der Eröffnung des Epigastrium wird eine große, mit Eiter und Gasen angefüllte Höhle freigelegt, die sich bis unter das Zwerchfell erstreckte, Speisereste oder Mageninhalt nicht enthielt. Zur besseren Drainage wurde am Rippenbogen eine Gegenincision angelegt.

Zur Zeit ist Pat. frei von Beschwerden.

2) Nach Perityphlitis.

Der andere Pat., 23jähriger Mann, war plötzlich mit Leibschmerzen und Erbrechen erkrankt, zeigte bei der Aufnahme Temperatursteigerung, Meteorismus und eine Resistenz im rechten Epigastrium. Probepunktion ergab seröses, nach 8 Tagen aber jauchig-eitriges Exsudat. Am folgenden Tage hatte sich in der Umgebung des Stichkanales eine ausgedehnte Phlegmone am Rücken entwickelt, die ausgedehnte Incisionen erforderte. Eröffnung des subphrenischen Abscesses unter Resektion einer Rippe und Durchtrennung des Zwerchfelles. Es schloss sich an ein Empyem der rechten Pleura, nach dessen Entleerung Pat. heilte.

5) Herr Riese (Britz): Demonstration von Präparaten etc.

R. war genöthigt, wegen Recidivs eines Mammacarcinoms eine ausgedehnte Resektion der rechten Brustwand zu machen unter Fortnahme mehrerer Rippen und der Pleura costalis. Um den Defekt zu decken, bildete er aus der Mamma der linken Seite einen Stiellappen und klappte ihn nach rechts. Es blieb nur eine kleine, unbedeckte Partie, die sich durch Granulationen schließt.

Danach demonstrirte R. ein Aneurysma der Art. poplitea, das er vor Kurzem exstirpirte. An dem betreffenden Knie fand sich außerdem eine angeborene Luxation der Patella so wie ganz erhebliche Genu valgum-Stellung, Momente, die vielleicht der Entstehung des Aneurysmas Vorschub geleistet.

Demonstration eines Präparates von chronischer Mesenteriitis des Mesenterium der Flexura sigmoidea mit Achsendrehung des Dünndarmes und Ventilverschluss des Colon transversum durch Leberverwachsungen.

6) Herr Katzenstein: Demonstration von Experimenten betreffend die instrumentelle Anlegung von Ligaturen.

Um eine Berührung von Wunden mit den Händen möglichst zu vermeiden und die Infektion durch dieselben auszuschalten, hat K. ein Instrument (Zange) konstruirt, welches ermöglicht, das Fassen des Gefäßes und die eigentliche Anlegung einer Ligatur in einem Akte zu bewerkstelligen.

Ein besonderer Vortheil liegt in der Methode noch in so fern, als durch sie Gefäße in der Tiefe, u. A. bei gynäkologischen Operationen, leicht unterbunden werden können.

K. verwendet kleine Drahtringe, die vermittels eines kleinen Péan über das blutende Gefäß hinweggestülpt und zusammengedrückt werden. Die Ringe heilen sehr rasch ein, wie die vorgezeigten Präparate (unterbundene Carotis, Vena jugularis, Nierengefäße etc. beim Kaninchen) und mikroskopische Schnitte beweisen.

K. demonstrirt an einem lebenden Kaninchen seine Methode; die Schnelligkeit und Leichtigkeit der Unterbindung der Gefäße ist überraschend.

Zum Beweise dafür, dass die Drahtschlingen auch einen sehr starken Druck der Gefäße aushalten, schließt er an große unterbundene Gefäßstämme (aus einer Leiche) ein Manometer an und spritzt unter einem sehr hohen, den Blutdruck noch übersteigenden Drucke Wasser ein. **Sarfert** (Berlin).

---

14) **Dubujadoux** (Blida). Quatre cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval avec perforation de l'intestin. Quatre laparotomies, dont trois en pleine péritonite; trois guérisons. Rapport par M. Chauvel.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 851.)

D. hat 8 Fälle von Kontusion des Bauches durch Hufschlag beobachtet; 4 davon, bei denen die Erscheinungen leichter Art waren, heilten ohne Eingriff. In den 4 anderen wurde Laparotomie gemacht nach 9, 15, 17 und 29 Stunden; in allen fand sich eine Darmperforation, in 1 Falle eine umschriebene, in den 3 anderen Fällen eine ziemlich weit verbreitete Peritonitis mit trübem, theils flüssigem, theils fibrinös-flockigem, sero-purulentem Exsudat. Nur der nach 15 Stunden Operirte, bei welchem das Loch im Darme ziemlich groß war und viel Koth hatte austreten lassen, starb; die 3 übrigen genasen. Bei sämmtlichen 4 Operirten verzeichnete D. eine ziegelrothe Verfärbung der Wangen und Nase und einen schwach ikterischen Farbenton der Augen und der Nasen-Lippenfalte, während er diese Färbung bei den 4 leichten Fällen nicht beobachtete. Es erscheint die genannte doppelte Verfärbung recht früh nach der Verletzung; dessgleichen eine Vermehrung der Zahl der Athemzüge mit ausgesprochenem Angstgefühl. Für weniger zuverlässig für die Diagnose hält D. die vermehrte Resistenz der Bauchdecken, das Erbrechen, die Temperatursteigerung.

Für gleich nach der Verletzung zur Beobachtung kommende Kranke verlangt Verf. vollständige Ruhe, absolute Diät, Vermeidung von Opium, strengste Beobachtung. Verbreitung des Schmerzes, Beschleunigung und Ängstlichwerden der Athmung, leichte Tympanie sind ihm hinreichende Anzeichen, einen Eingriff zu rechtfertigen. Auftreten der oben erwähnten doppelten Verfärbung, Zunahme der Pulsfrequenz sprechen noch mehr dafür; gesellt sich dazu Erbrechen, Steigerung der Temperatur, Spannung der Bauchmuskulatur, so wird die Laparotomie dringend indicirt.

Die Gefahr der Darmverletzung liegt weniger in der Zahl der Perforationen, als in ihrer Größe, in der Leichtigkeit des Kothaustrittes.

Auf die Reinigung der Bauchhöhle, die Entfernung fibrinöser Beläge der Darmschlingen verwendet D. viel Sorgfalt und Zeit, so dass die Operationen bis 2 Stunden und mehr in Anspruch nahmen. **Reichel** (Chemnitz).

15) **E. W. Walker.** Strangulated hernia through a traumatic rupture of the diaphragm; laparotomy: recovery.

(Transactions of the American surgical association Vol. 18.)
Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

39jähriger Arbeiter wird beim Bäumefällen von einem fallenden Baume in den Rücken getroffen und zu Boden geschlagen. Ein starker Ast, der den Baum ein Stück vom Boden entfernt hält, verhindert, dass er vollkommen zerquetscht wird.

Untersuchung ca. 20 Stunden später. Extremer Chok. Puls 145, weich, fadenförmig, aussetzend. Starke Dyspnoë, 42 Athemzüge pro Minute. Pat. klagte über heftigste Schmerzen in der linken Brust, die beim Husten und tiefen Athmen zunehmen. Kurzer, schmerzhafter Reizhusten; Sputum zeigt Blutspuren. Übelkeit und Erbrechen, letzthin kothig riechend. Hohe Einläufe ohne Erfolg. Starke Tympanie. Perkussion zeigt tympanitischen Schall über der Basis der

linken Lunge. Amphorisches Athmen. Succussionsgeräusch. Spitzenstoß 2 Zoll nach rechts von der normalen Stelle. Fraktur der 7. und 8. Rippe links hinten. Diagnose: Innere Einklemmung, möglicherweise eingeklemmter Zwerchfellbruch. Laparotomie in der Mittellinie. Milz, Magen, Leber und linke Niere werden unverletzt gefunden. Beim Abtasten des Zwerchfelles findet sich eine Darmschlinge fest in einen Riss desselben eingeklemmt. Ihre Reduktion gelingt erst unter beträchtlichem Zuge. Unmittelbar darauf hört man die Luft unter saugendem Geräusche bei der Athmung in die Brusthöhle ein- und ausströmen. Das eingeklemmte Darmstück war etwa 8 Zoll lang, stark hyperämisch und aufgebläht. Der Riss im Zwerchfelle ließ 3 Finger passiren, die Herz und Lunge abtasten konnten. An letzterer war keine Verletzung zu fühlen, auch war kein Blut in der Brusthöhle, dagegen etwa 3 Unzen geronnenes Blut in der Bauchhöhle. Zum Verschlusse des Zwerchfellrisses werden 4 Katgutsuturen angelegt, doch gelingt eine genaue Adaptation der Rissränder nicht. Naht der Bauchwunde. Glatte Heilung.

W. glaubt nicht, dass ein Recidiv der Zwerchfellhernie bei dem unvollständigen Verschlusse des Risses zu befürchten ist, da die Pleura diaphragmatica und visceralis mit einander verwachsen sein dürften.

Er bespricht an der Hand seines Falles und der einschlägigen Litteratur die Therapie der traumatischen Zwerchfellhernie und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1) In allen Fällen von sog. innerer Einklemmung muss man an die Möglichkeit einer Zwerchfellhernie denken.

2) Wenn die physikalische Untersuchung das Bestehen einer Zwerchfellhernie wahrscheinlich macht, so muss man bei bestehenden Inkarcerationssymptomen unbedingt operiren.

3) In frischen Fällen, wenn die Diagnose frühzeitig gestellt wurde, ist die Laparotomie wahrscheinlich die bessere Operation.

4) In alten Fällen ist mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Reduktion des Darmes, der Ligatur des Sackes und der Naht des Risses im Zwerchfelle die transpleurale Operation vorzuziehen.

5) Kann der Darm von der Laparotomiewunde aus nicht reducirt werden, so ist die Thoracotomie gerechtfertigt. **R. v. Hippel** (Dresden).

16) **Moser.** Ein Fall von Coecumdivertikel im Bruchsacke.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Bei einer 45jährigen Frau hatte sich eine handschuhfingerförmige Verlängerung am centralen Theile des Blinddarmes in einen seit Jahren vorhandenen Schenkelbruch eingeklemmt. Herniotomie, Invagination des Divertikels. Verschluss der Bruchpforte. Heilung.

Das Divertikel hatte aller Wahrscheinlichkeit nach Darmmuskulatur in seiner Wand enthalten. Über die Art und Weise seines Entstehens ließ sich nichts Sicheres eruiren, jedenfalls aber war es unabhängig vom Bruche zu Stande gekommen und erst später in den Bruchsack gelangt. Da sich in der Litteratur bisher überhaupt erst eine Angabe über Blinddarmdivertikel findet, dürfte der Fall schon seiner Seltenheit halber Interesse verdienen. **Honsell** (Tübingen).

17) **J. M. Elder.** Report of a case of strangulated obturator hernia.

(Annals of surgery 1900. August.)

Verf. berichtet über einen Fall von eingeklemmter Hernia obturatoria bei einer 73jährigen Frau. 3 Tage bevor sie in Behandlung kam, erhielt sie durch das Verfehlen einer Stiege einen plötzlichen Ruck, wonach sich heftige Schmerzen der unteren Bauchpartie einstellten, die in das rechte Knie ausstrahlten: danach bald kothiges Erbrechen. Der Bauch war aufgetrieben, doch ohne Zeichen von Peritonitis. Kein Stuhlgang seit dem Unfalle. Keine Hernie. Laparotomie. Der Darm war stark injicirt; als kollabirte Dünndarmschlingen zum Vorschein kamen, wurden diese in das Becken abwärts bis hinter den rechten Schambeinast verfolgt,

wo der Darm am oberen Theile des Foramen obturatum befestigt erschien. Eben so konnte eine erweiterte Darmpartie bis zu demselben Flecke verfolgt werden. Durch Zug an beiden Abschnitten gelang es ohne Schwierigkeit, den Darm zu befreien, die eingeklemmte Partie, schwarz, betrug dreiviertel des Darmumfanges. Heiße Tücher stellten hier die Cirkulation wieder her. Heilung.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

18) **A. Neumann.** Über einen durch Laparotomie geheilten Fall von Hernia retrocoecalis incarcerata.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 255.)

N. operirte mit Glück einen solchen Fall im Berliner Friedrichshain-Krankenhause. Pat. (Alter nicht angegeben), welcher schon oft Unterleibskolikanfälle mit Erbrechen und Schmerzen gehabt hatte, war beim Kistenheben akut erkrankt mit Leibschmerzen, Erbrechen und Aufstoßen. Dieses dauert auch nach der Spitalaufnahme an, bei welcher Pat. einen schwer kranken Eindruck machte, Puls 110, Urin reichlich Eiweiß enthaltend. Diagnose: mechanischer Ileus. Laparotomie noch selbigen Tages mit Schnitt von Symphyse bis Brustbein. Dickdarm kollabirt, Ileum gebläht. Letzteres wird vom Duodenum beginnend abgesucht und eventrirt. Nach Herauslagerung etwa der Hälfte des Dünndarmes wird ein geblähtes Darmstück sichtbar, welches direkt nach unten in die Gegend hinter dem Blinddarme lief. Ein nicht starker Zug entwickelt dieses Darmstück und mit ihm eine etwa 10 cm lange Schlinge, die bläulich und glasig aussah. Danach bläht sich der kollabirte Darmtheil auf, und mittels eingeführten Darmrohres können reichliche Darmgase entleert werden. Blinddarm und Wurmfortsatz waren normal, doch fand sich zwischen jenem und hinterer Bauchwand eine für 2 Finger durchgängige, ziemlich runde, scharfrandige Öffnung, durch welche man in eine etwa faustgroße, mit Serosa ausgekleidete Höhle gelangte, also in eine erweiterte Fossa retrocoecalis. Da Eile noth that, konnte die Naht dieser inneren Bruchpforte nicht mehr vorgenommen werden. Langsame, aber völlige Erholung und Heilung, die seit jetzt 7 Monaten ungestört geblieben.

Die Einklemmung war in diesem Falle eine leichte. Desshalb bestand auch kein lokaler Schmerz. Pat. bezeichnete vielmehr als Schmerzsitz die linke hypochondrische Gegend, wie es ähnlich auch bei einem analogen Falle von Körte beobachtet wurde.

Die chirurgischen Erfolge bei inneren Hernien sind bereits recht günstige. N. zählt 17 Operationen mit 9 Heilungen. (Es fehlen indess in N.'s diesbezüglicher Zusammenstellung 2 einschlägige Operationen von Becker-Hildesheim, eine geh., eine †: — cf. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII. p. 544 — so wie ein erfolgreich operirter Fall von Schulz-Sonnenburg cf. l. c. Bd. XLIV. p. 271.)

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

19) **Quénu.** Gastrostomie chez un enfant de quatre ans et demi pour un rétrécissement acquis de l'oesophage.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 954.)

Die geringe Zahl der bisher veröffentlichten Fälle von Gastrostomie bei kleinen Kindern — Q. fand bei einer allerdings unvollständigen Durchsicht der Litteratur nur 10 Fälle — veranlasst Verf. zur Mittheilung seiner Beobachtung. Q. war zu der Operation bei dem 4jährigen Kinde wegen völliger Undurchgängigkeit der Speiseröhre 8 Monate nach Verschlucken der ätzenden Flüssigkeit genöthigt. Er begnügte sich damit, die Magenwand an die Bauchwand anzunähen, eine ganz kleine Öffnung in sie zu machen und ihre Schleimhaut — nach Verkleinerung der Bauchdeckenwunde — durch einige Nähte mit der Haut zu vereinigen. Es kam zu keiner Reizung der Haut durch ausfließenden Magensaft. Die Fistel zeigte große Neigung sich zu verengen. Die Deglutition auf normalem Wege stellte sich für Flüssigkeiten spontan wieder her.

Reichel (Chemnitz).

20) **O. Kraenzle.** Über die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Magen durch Gastrostomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

K. berichtet über 3 Fälle von Fremdkörpern des Magens, die in der v. Bruns-schen Klinik operativ entfernt wurden:

1) Bei einem jungen Mädchen war nach einer von ihr selbst ausgeführten Magenausspülung ein 40 cm langes Stück einer Kautschuksonde im Magen zurückgeblieben. Nach 11 Monaten wegen starker Beschwerden Gastrotomie und Entfernung des macerirten Schlauchendes. Heilung.

2) Eine 49jährige Geisteskranke hatte 3 Haarnadeln und einen silbernen Löffel verschluckt. Sofort heftige Beschwerden. Nach 7 Tagen Gastrotomie, Extraktion der Gegenstände von 2 Incisionen aus. Heilung.

3) 24jähriges, an Melancholie leidendes Mädchen hatte vor 2 Jahren mehrfach Nägel, Strick- und Haarnadelstücke, so wie Knopfhaken verschluckt. Hochgradige Schmerzen und ständiges Erbrechen nöthigten zur Operation, die wegen ausgedehnter Verlöthungen des Magens mit der Umgebung recht schwierig war. Durch 2 Incisionen wurden insgesammt 21 Fremdkörper aus dem Magen entfernt, vier Nadeln mussten aus dem Darme extrahirt werden. Tod an Peritonitis.

In den beiden letzten Fällen hat die Diagnose durch wohlgelungene Röntgenaufnahmen eine wesentliche Stütze erfahren. Im Ganzen sind bisher 71 einschlägige Fälle mit 78,9% Heilung in der vorantiseptischen, von 86% Heilung in der antiseptischen Zeit beobachtet worden. Fälle, in welchen bereits Verlöthungen des Magens vorhanden waren, ergaben eine erheblich schlechtere Prognose, als solche ohne Verlöthung. Mit Rücksicht hierauf wie auf die mannigfachen Gefahren, welche Fremdkörper des Magens im Gefolge haben können, wird mit Recht die Frühoperation empfohlen.

Honsell (Tübingen).

21) **F. S. Watson.** Hour-glass stomach, and its surgical treatment.

(Annals of surgery 1900. Juli.)

W. beschreibt in einer längeren Abhandlung über Sanduhrmagen und dessen Chirurgie einen Fall, bei dem er die von Wölfler angegebene Gastroanastomose sinnreich modificirte. Er legte den Magen so zusammen, dass die Vorderwand des Pylorussackes auf die Vorderwand des Kardiatheiles zu liegen kam, so dass die Partie der Striktur gewissermaßen als Scharnier des gefalteten Magens zu bezeichnen wäre. Die beiden Berührungsflächen wurden in einer Ausdehnung von $3^1/_2$—$1^1/_2$ Zoll (engl.) durch eine exakte, die serösen und muskulären Schichten fassende Naht an einander gelegt. Eine Incision eröffnete nun den vorliegenden Magentheil (also Hinterwand des Pylorussackes) und eine weitere durch die Duplikatur der beiden Säcke stellte von hier aus die Anastomose der beiden Magenabtheilnngen her. Naht der ersten Incision. Der Erfolg bei der 32jährigen Pat. war ein ausgezeichneter, sie nahm im Jahre nach der Operation 42 Pfund zu.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

22) **J. Boeckel.** Resection totale de l'estomac suivie de guérison.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris III. Sér. 65 ann. No. 1.)

Die noch selten ausgeführte Totalexstirpation des Magens — B. citirt nur 3 Fälle — war im vorliegenden Falle bedingt durch ein fast über die ganze kleine Curvatur ausgebreitetes Carcinom und bot bei verhältnismäßig beträchtlicher Gastroptose keine erheblichen Schwierigkeiten.

Die Rekonvalescenz war nur durch einen fieberhaften Durchfall gestört. In den der Operation folgenden 3 Monaten hat Pat. 20 Pfund zugenommen und zuletzt die gleiche Nahrung genossen wie ihre Umgebung. B. verspricht der totalen Resektion des Magens eine größere Zukunft und Ausdehnung der Indikation auf »gewisse andere schwere Magenaffektionen, deren Sitz oder Ausdehnung keine Gastroenterostomie gestattet«.

Christel (Metz).

23) **Wanach.** Zur Kasuistik der Achsendrehung des Blinddarmes.
(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 32.)

In einem Falle war der um 180° um seine eigene Achse gedrehte Blinddarm in einen Leistenbruch eingeklemmt. Peritoneale Narbenstränge befestigten den Außenrand des Blinddarmes und sind wohl ätiologisch mit für das Zustandekommen der Achsendrehung heranzuziehen. Bemerkenswerth ist, dass der Volvulus entstand, obwohl der Blinddarm kein Mesenterium hatte, sondern zu $^1/_4$ extraperitoneal lag. Das subperitoneale Gewebe war aber so verschieblich, dass doch die Drehung möglich war. Zurückdrehung des Blinddarmes, Reposition, Heilung.

Im 2. Falle fand sich rechts vom Nabel eine Vorwölbung mit lokalem Meteorismus. Die Laparotomie bestätigte die vorher gestellte Diagnose auf Volvulus des Blinddarmes. Dieser hat mit dem Ileumende ein gemeinsames Mesenterium, ist mitsammt den letzten Ileumschlingen um 150° gedreht und zugleich nach oben geklappt. Über den Blinddarm an seinem Übergange ins Colon ascendens läuft ein breiter Bindegewebsstrang, der die Lichtung des Darmes verengt. Rückdrehung des Volvulus, Schluss der Bauchwunde. Tod wahrscheinlich an peritonealer Sepsis.

Haeckel (Stettin).

24) **T. S. Kirk.** Complete prolapse of the rectum successfully treated by intraabdominal fixation.
(Brit. med. journ. 1900. December 22.)

Es handelt sich um ein 12monatliches Kind, welches einen Mastdarmvorfall von 6 Zoll Länge aufwies, der sich mit den gewöhnlichen Mitteln nicht zurückhalten ließ. Dabei befand sich die Schleimhaut in einem Zustande hochgradiger Entzündung. Über der Fossa iliaca sinistra wurde ein Schrägschnitt gemacht, die Bauchmuskulatur entsprechend ihrem Faserverlaufe gespalten. Die Fascia iliaca wurde durch Ablösen des Bauchfelles freigelegt und der möglichst nach oben gezogene Mastdarm daran genäht. Die Naht begann dicht neben dem Bauchfellansatze und heftete eine möglichst große Fläche der Mastdarmwand an die Fascie.

Nach ca. $^3/_4$ Jahr war die Heilung noch vollständig, obwohl das Kind einen Anfall von Enteritis durchgemacht hatte. **Weiss** (Düsseldorf).

25) **Frazier.** The operative treatment of cirrhosis of the liver. Report of a successfull case.
(American journ. of the med. sciences 1900. December.)

Rutherford Morison war der Erste, welcher erfolgreich durch Herstellung neuer Anastomosen die Lebercirrhose behandelte, nachdem vor ihm schon von Anderen der Versuch gemacht worden war. Talma, nach dem jetzt die Operation meist benannt wird, operirte seinen ersten Fall erst nach Morison. (Diese Angaben sind wohl nicht ganz zutreffend. Ref.). Der eigene Fall F.'s betraf einen Arbeiter im mittleren Lebensalter, im Jahre 1882 syphilitisch inficirt, Alkoholist und starker Raucher. Herzdämpfung verbreitert, systolisches Geräusch an der Spitze. Lungen normal, Milz und Leber vergrößert, starker Ascites und Ödem der Beine. Urin enthält Spuren von Eiweiß, wenige Eiter- und Blutzellen, keine Cylinder. Digitalis, Koffeïn, Theobromin, Diuretin, Strophantus ohne Einfluss auf den Ascites.

30. April 1900 Paracentese, die 4mal, in Intervallen von etwa 14 Tagen wiederholt, je 512, 485, 330 und 400 Unzen entleert.

25. Juli Laparotomie, zunächst unter Lokalanästhesie, dann unter Äther wegen starker Schmerzen beim Manipuliren in der Bauchhöhle. Entleerung des Ascites, kräftiges Abreiben des Peritoneum parietale mit Gazetupfern, Annähen des Netzes an die vordere Bauchwand, Schluss der Wunde ohne Drainage. Heilung p. pr. Am 13. und 36. Tage durch Punktion 328 bezw. 96 Unzen Flüssigkeit entleert, seitdem keine neue Ansammlung mehr. Pat. seitdem vollkommen wohl.

F. hält bei bestehender Lebercirrhose die Operation für indicirt, wenn man annehmen darf, dass die Leberzellen noch funktionsfähig sind, wenn interne Medikation, besonders Jodkalium, und Paracentese erfolglos blieben und keine besonderen Kontraindikationen bestehen.

Allgemeine Narkose soll man, wenn möglich, vermeiden. Drainage birgt die Gefahr der Sekundärinfektion des Bauchfelles in sich. Die Flüssigkeit, welche sich bis zur Herstellung des Kollateralkreislaufs noch bildet, soll durch Punktion entleert werden. Das kräftige Abreiben des Peritoneums wirkt sicherer als Skarifikationen der gegenüberliegenden Peritonealflächen und vermeidet außerdem die Blutung. Breite Heftpflasterstreifen sollen den Verband fixiren und die zur Verwachsung bestimmten Flächen gegen einander pressen. (Die Ansichten über die Unzweckmäßigkeit der Drainage werden von Anderen nicht getheilt. Vgl. Brown dieses Centralblatt 1900. p. 935. Ref.). **R. v. Hippel** (Dresden).

26) J. L. Faure. Pancréatite suppurée, laparotomie. Guérison avec une fistule pancréatique. — Rapport par Aimé Guinard.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 902.)

Die 22jährige Pat. erkrankte mit etwas Fieber, heftigem Schmerz in der Regio epigastrica, großer Abgeschlagenheit. Das Fieber nahm allmählich zu, das Allgemeinbefinden verschlechterte sich, die Kranke erbrach, der Leib trieb auf, der Puls wurde schnell und klein. Desshalb entschloss sich F. 9 Tage nach Beginn der Erkrankung zur Laparotomie in der Medianlinie. Die untere Fläche der Leber war mit dem Magen verwachsen. Nach Lösung der Verwachsungen ergoss sich plötzlich eine Menge Eiter, etwa ein großes Glas voll, aus einer hinter dem Magen gelegenen Tasche; das Omentum gastro-hepaticum war durchtrennt worden. In der bräunlichen Flüssigkeit schwammen nekrotische Gewebsfetzen. Die Rückwand der Eiterhöhle wurde von dem etwas fetzigen Pankreas gebildet. Drainage und Tamponade mit Jodoformgaze. Am 15. Tage wurde das Drainrohr entfernt. Es blieb eine Fistel zurück, aus der sich reichlich klarer, farbloser Pankreassaft entleerte.

Die Differentialdiagnose hatte zwischen Perforation eines Magengeschwüres, Appendicitis mit abnorm hoher Lage des Wurmfortsatzes und Hämatocele geschwankt. **Reichel** (Chemnitz).

27) Schmidtmann. Ein Fall von Fettnekrose und Blutung des Pankreas.

(Inaug.-Diss. Kiel, 1900. 37 S.)

Ein Fall aus der Helferich'schen Klinik, in dem in Anschlusse an die Einrichtung einer Luxat. cox. congenit. bei einem 8jährigen Mädchen Erbrechen, Benommenheit, Pulsbeschleunigung und trotz aller Bemühungen Tod eintrat. Die Sektion ergab, neben starker Trübung und fettiger Degeneration von Herz, Leber und Nieren und Ödem des Gehirns, um den Pankreasschwanz, im Netze und Mesenterium zahlreiche linsen- bis erbsengroße weißliche prominirende Stellen von Fettgewebsnekrose. In der Cauda pancreatis eine etwa haselnussgroße Blutung älteren Datums. Der Tod wird als Chloroformtod aufgefasst. Ein Hinweis während des Lebens auf die Pankreasveränderungen war trotz sorgfältiger Untersuchung vor der Operation nicht gefunden worden, die gewöhnlich betreffend der Ätiologie angeschuldigten schädigenden Momente waren natürlich bei dem 8jährigen Kinde ausgeschlossen. **H. Lindner** (Dresden).

28) Tricomi. Contributo clinico alla chirurgia del pancreas.

(Riforma med. 1898. No. 37.)

Den bisher veröffentlichten 5 Fällen von Exstirpation einer bösartigen Pankreasgeschwulst (Ruggi, Briggs, Terrier, Krönlein, Biondi) fügt T. einen 6. hinzu.

Die faustgroße Geschwulst hatte sich bei einer 52jährigen Pat. schnell entwickelt. T. verschaffte sich Zugang zu ihr durch das kleine Netz hindurch; sie

war mit dem Magen verwachsen, der bei der Auslösung einriss; die Exstirpation gelang ohne erhebliche Blutung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Adenocarcinom. Die Pat. erholte sich zunächst, starb aber 4 Monate nach der Operation an Leberrecidiv. Vom Pankreas fand sich nur ein kleiner Rest des Schwanzes, der gleichfalls carcinomatös war. Zu bemerken ist, dass der Urin der Pat. sowohl vor als nach der Operation zuckerfrei war und dass der Stuhl keinen abnormen Fettgehalt zeigte. **W. Petersen** (Heidelberg).

29) **G. Barling.** Remarks on chronic enlargement of the pancreas in association with or producing attacks simulating biliary colic.

(Brit. med. journ. 1900. December 22.)

In 4 Fällen, welche wegen andauernder auf Gallensteine hindeutender Kolikanfälle zur Operation kamen, fand sich eine Schwellung und Verhärtung des Pankreas. 2mal fanden sich Gallensteine; in einem Falle ca. 800, im anderen nur wenig, daneben aber bestand Cholecystitis. Im letzteren Falle wurde eine Gallenfistel angelegt. Dieselbe wurde so lange offen gehalten, bis dass die Galle ein völlig normales Aussehen hatte. Der Kranke blieb dann gesund. Im 1. Falle wurde die Drainage der Gallenblase nur kurze Zeit fortgesetzt. Es entwickelte sich dann eine Geschwulst im oberen Theile der Bauchhöhle, die sich bei der erneuten Laparotomie als Pankreascyste erwies. Sie wurde an das Peritoneum parietale angenäht und drainirt. Innerhalb 4 Monate trat Heilung ein.

In dem einen der 2 Fälle, in welchen sich keine Gallensteine fanden, blieb die Operation auf die Probelaparotomie beschränkt, die Kolikanfälle kehrten aber auch wieder. Im anderen Falle wurde eine Kompression des Gallenganges durch ein Carcinom des Pankreaskopfes angenommen und desshalb eine Cholecystenterostomie angelegt. Die Anfälle kehrten nicht wieder, und die Schwellung des Pankreas nahm ab.

B. nimmt an, dass es sich um eine Infektion des Pankreas vom Darme aus handelte, wie Ähnliches an den Speicheldrüsen zur Beobachtung gelangt. Die Kolikanfälle sind dann auf Rechnung der Kompression des Gallenganges seitens des entzündlich geschwellten Pankreas zu setzen, falls nicht eine Entzündung des Gallenganges selbst vorliegt. Zur Behandlung empfiehlt B., ähnlich wie Robson, eine möglichst lange durchgeführte Drainage der Gallenblase. Die Cholecystenterostomie kommt da in Betracht, wo Zweifel bezüglich der Natur der Vergrößerung des Pankreas bestehen. **Weiss** (Düsseldorf).

30) **W. Lemmen.** Die Brüche des Fersenbeines.

Diss., Bonn, 1900. 54 S.

Unter 3554 Frakturen, welche in den letzten 10 Jahren im Kölner Bürgerhospitale stationär behandelt wurden, waren 65 Fersenbeinbrüche = 1,83% sämmtlicher Frakturen (gegenüber 1,71% Talusbrüchen, 0,73% Brüchen des Naviculare und Cuboides, 3,26% Brüchen des Metatarsus und der Phalangen). Das 3. bis 4. Decennium stellte nahezu 3/4 der 65 Fälle, in 3 Fällen waren Kinder unter 10 Jahren betroffen. Außer dem häufigsten Entstehungsmechanismus: Kompression durch Fall auf die Füße oder durch Überfahrenwerden, wurden mehrere Fälle beobachtet, bei welchen hauptsächlich eine Beanspruchung des Knochens auf seine Tensionsfestigkeit und Elasticität angenommen werden musste: Fall mit Hängenbleiben der Ferse in den Speichen eines Rades, Sturz von der Leiter mit Einklemmung des Fußes zwischen den Sprossen derselben. Nur 3 reine Rissbrüche wurden beobachtet; die bei Rissbrüchen gewöhnlich vorhandene Diastase entstand öfters bei Kompressionsfrakturen erst sekundär, indem der hintere Theil eines Längsbruches, der durch einen Querbruch in 2 Theile getheilt war, nach oben gezogen wurde. In 40 von den 65 Fällen war gleichzeitig der Talus gebrochen, in 23 Fällen gleichzeitig der äußere Knöchel. Nach der Röntgendurchleuchtung handelt es sich meist um einen Querbruch, dessen Bruchlinie an der Sohlenfläche in der Mitte des Knochens beginnt, dann ungefähr bis zur halben Höhe des Cal-

caneus emporsteigt und sich hier in 2 oder mehrere Schenkel theilt, welche entweder horizontal in der Längsachse des Knochens verlaufen, oder gabelförmig nach oben gehen. Daneben kommen atypische Splitterungen und Fissuren vor; in einigen Fällen ließ die Durchleuchtung nichts Krankhaftes nachweisen, obgleich nach den klinischen Erscheinungen sicher eine Fraktur vorlag.

Die Behandlung bestand immer in einem permanenten Extensionsverbande (Technik im Originale und in Bardenheuer's Lehrbuche der Frakturen), welcher durchschnittlich 3—5 Wochen angewendet wurde. Die Nachbehandlung dauerte gewöhnlich 4—5 Wochen. Ungefähr die Hälfte der Pat. wurde nach 7—10 Wochen als völlig geheilt, ohne Schmerzen, entlassen, meist mit Plattfußschuh. Der Arbeit ist eine Tabelle über sämmtliche im letzten Jahrzehnt im Kölner Bürgerhospitale behandelte Frakturen beigefügt. **Mohr** (Bielefeld).

31) **Clark.** My experiences in South-Africa.
(Glasgow med. journ. 1901. No. 1.)

Verf. war Chefarzt des schottischen Feldlazarettes, welches in Kroonstadt etablirt ist, vom 25. Mai bis 14. Oktober. Er theilt die mannigfachen Unzuträglichkeiten mit, die Anfangs einem ersprießlichen Arbeiten hinderlich waren. Wir erfahren von der starken Überfüllung aller verfügbaren Lokalitäten in Bloemfontein und Kroonstadt durch Typhus- und Ruhrkranke, von den zahlreichen Opfern, die beide Krankheiten forderten, und von den sehr unerwünschten Zuständen, die namentlich in Kroonstadt in hygienischer Beziehung herrschten. Es gelang C., Besserung in dieser Beziehung zu schaffen. Die relativ leichte Heilung und Gutartigkeit der Wunden führt er auf die Eigenthümlichkeit des Mausergeschosses zurück. Septische Fälle waren zahlreich und oft sehr schwerer Art. Am besten waren die, welche vor dem Transporte im Feldhospitale überhaupt nicht angerührt waren! — Von den verhältnismäßig wenigen chirurgischen Fällen führt er die interessantesten an, welche die Gutartigkeit des Mausergeschosses beweisen, z. B. Lochschüsse durch Ellbogen, das Becken, das Kniegelenk, Schüsse durch Brust- und Bauchhöhle mit Verletzung von Leber und Zwerchfell. Leider fehlt bei diesen die Angabe der Entfernung, aus der die Verletzung erfolgte. Einen eigenthümlichen Lauf nahm ein Geschoss, das aus 700—800 m die Mitte des Brustbeines traf, woselbst der Einschuss sich fand. Das Geschoss hatte den Körper verlassen an der hinteren Ecke des linken Deltoideus, dabei war ein Kontourschuss auszuschließen. Schüsse durch die Brust waren sehr häufig und meist gutartig, manchmal fehlte sogar Hämothorax. Trepanationen wegen Schädelschüssen kamen nur 3mal vor, 1mal wurde eine große Höhle im Gehirn ausgeräumt mit dem Erfolge, dass komplete Lähmung von linkem Arm und Facialis zurückgingen. Bei einem Hauptmanne, der einen Schuss quer durch den Schädel erhalten hatte und danach eine Zeit lang völlig blind war, stellte sich das Sehvermögen wieder ein, es blieb aber eine horizontale Hemiopie. Traumatische Aneurysmen wurden 2 operirt; einer der Pat., bei welchem das Aneurysma an der linken Carotis saß und sich als dünner Sack in die Brusthöhle erstreckte, starb bald nach der Operation, bei welcher die Anonyma unterbunden war und bei der er viel Blut verloren hatte. Bei dem anderen handelte es sich um ein Aneurysma der Art. profunda femoris, welches mit Erfolg nach Unterbindung entfernt wurde. — Von Interesse ist es auch, dass sämmtliche Mitglieder des Hospitales in der Heimat gegen Typhus immunisirt waren und davon verschont blieben, und dass bei ihnen die Widal'sche Reaktion positiv ausfiel. **Trapp** (Bückeburg).

Berichtigung. In No. 8. d. Bl. lies im Inhaltsverzeichnis unter No. 4 und auf p. 225 Z. 18 v. u. Deelemann statt Drehmann.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. **Sonnabend, den 13. April.** **1901.**

Inhalt: **V. Chlumský,** Ein resorbirbarer Darmknopf aus Magnesium. (Orig.-Mittheilung.)
1) **Noeggerath,** Zur Luftinfektion. — 2) u. 3) **Schattenfroh** und **Grasberger,** Rauschbrand. — 4) **Mohaupt,** Zur Hautdesinfektion. — 5) **Sender,** Schutzverbände. — 6) **Wagner,** Gelatineinjektionen zur Blutstillung. — 7) **Engelhardt,** Postoperative Seelenstörungen. — 8) **Ritter,** Erfrierungen. — 9) **Remedi,** Hydrocele vaginalis. — 10) **Boari,** Uretero-Uretrostomie. — 11) **Bazy,** Nephropexie. — 12) **Tuffier,** Hysterektomie. — 13) **Ghillini,** Orthopädische Chirurgie. — 14) **Linser,** Schiefhals. — 15) **Hüssy,** Skoliose. — 16) **Tubby,** Senkungsabscesse bei Caries der Wirbelsäule.
Thöle, Goniodiameter, ein Instrument zum Messen von Winkeln, Durchmessern und Entfernungen. — **E. Payr,** Zur Anwendung der Gigli'schen Drahtsäge bei Knochenoperationen am Schädel. (Original-Mittheilungen.)
17) **Long,** Tetanus. — 18) **Leonpacher,** Kochsalzinfusionen. — 19) **Collet,** Gelatineeinspritzungen. — 20) **Tronchet,** Thyreoidin bei verlangsamter Konsolidation von Knochenbruch. — 21) **Little-Dale,** Aktinomykose. — 22) **Seiffer,** Skoliose bei Ischias. — 23) **Elliot,** 24) **Richardson,** Tuberkulose der Gekrösdrüsen. — 25) **Marwedel,** Persistirender Urmund. — 26) **Linser,** Sacralgeschwülste und fötale Inklusion. — 27) **Wright** und **Wylie,** Fötale Inklusion. — 28) **Reich,** Plastik am Penis. — 29) **Wood,** Prostatahypertrophie. — 30) **Fuller,** Transversale Blasentheilung. — 31) **Brown,** Cystitis. — 32) **Cousins,** Blasenschädigung durch gynäkologische Operationen. — 33) **Fontan,** Blasenwunde. — 34) **Harrington,** Blasenhernie. — 35) **Mc Pherson,** 36) **Payr,** Wanderniere. — 37) **White,** Ureteritis membranacea. — 38) **Skála,** Pyonephrose. — 39) **Perman,** Nierenexstirpation. — 40) **Linser,** 41) **Annandale,** Abnorme Lagerung des Hoden. — 42) **Bullit,** Riesen-Eierstocksgeschwülste.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik des Prof. Dr. B. Kader in Krakau.)

Ein resorbirbarer Darmknopf aus Magnesium.

Von

Dr. V. Chlumský.

Der Murphy'sche Darmknopf gilt jetzt als der beste solcher Apparate. Er hat aber noch eine große Anzahl Fehler[1], die seine allgemeine Anerkennung stark beeinträchtigen und das reservirte Verhalten »der Knopfgegner« als berechtigt erscheinen lassen. An

[1] Chlumský, Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXV. Hft. 3.

erster Stelle ist es seine Unresorbirbarkeit. Bereits auf dem vorjährigen Chirurgenkongresse berichtete ich, dass es mir gelungen sei, einen resorbirbaren Darmknopf aus Magnesium herzustellen. Meine damaligen Experimente ergaben aber nur ein ungenügendes Resultat, da die Apparate in Folge von verschiedenen technischen Fehlern schlecht funktionirten und scharfe Splitter abgaben, die mir als gefährlich erschienen. Ich habe damals mit einem treu nach dem ursprünglichen Murphy'schen Muster angefertigten Knopfe gearbeitet. Die Herstellung eines solchen Knopfes war jedoch technisch schwer, kostspielig und nicht fehlerfrei; besonders die Seiten- und die Spiralfeder funktionirten unvollkommen, und das nicht genügend reine Metall zerfiel in dem Darmtractus, wie gesagt, in harte, scharfe Splitterchen.

Alles dies glaube ich heute durch gewisse Veränderungen und Verbesserungen fast gänzlich beseitigt zu haben. Es ist mir gelungen, ein vollkommen reines Magnesiummetall zu erhalten, welches gleichmäßig resorbirt wird und nur ganz kleine Splitterchen abgiebt. Kleine schrotkorngroße Kügelchen von diesem Metalle, bei gastroresp. jejunostomirten Pat. in den Magen oder den Darm eingeführt, wurden in den ersten 2 Tagen an ihrer Oberfläche etwas rauh, wiesen aber keine nadelförmigen Spitzen wie früher auf. Sie verkleinerten sich in den weiteren 4 Tagen etwa um die Hälfte ihres Volumens und verschwanden nach und nach in 10—16 Tagen vollständig. Ganz analog verhielt sich die Sache mit der Resorption meiner Knöpfe. Im Magen und im Darme des Hunde erschienen die Knöpfe nach 8—10 Tagen stark arrodirt, in 16—20 Tagen waren sie spurlos verschwunden.

In einem Falle von Carcinoma pylori, bei dem ich kürzlich die vordere Gastroenterostomie mittels meines Knopfes ausführte, und der am 5. Tage nach der Operation an beiderseitiger krupöser Pneumonie zu Grunde ging, fand ich den Knopf an Ort und Stelle, die Oberfläche beider Knopftheile rauh, aber noch fest, den inneren, mit den Haken versehenen Cylinder stark arrodirt. Die freie Oberfläche besaß aber keine so scharfen Splitter, wie ich sie bei meinen ersten Versuchen sah. Die in dem Magen liegende Knopfhälfte war mehr angegriffen als die in dem Darme liegende, doch war der Unterschied nicht besonders groß.

Die Spiralfeder, die bei den früheren Versuchen nicht vollkommen funktionirte, habe ich bei meinem jetzigen Knopfe sammt der beweglichen Lamelle vollständig weggelassen, und zwar aus folgenden Gründen: Diese Feder hat bei dem Murphyknopfe den Zweck, die an einander gebrachten Wundränder durch den anhaltenden elastischen Druck zur Nekrose zu bringen und so den Knopf frei zu machen. Hier liegt aber die größte Gefahr des Murphyknopfes: Oft ist die Feder zu schwach oder sie funktionirt aus anderen Gründen schlecht. Der Knopf bleibt dann in loco sitzen und stört die Passage. Ist aber andererseits die Feder etwas stärker als noth-

wendig, so quetscht sie die Wundränder vorzeitig ab, und der Knopf verlässt die nur ungenügend vernarbte Wunde. Ein ganz schwacher Anstoß genügt dann, die leicht verklebten Darmwände aus einander zu reißen und die Infektion des Peritoneums hervorzurufen. Eine genaue Dosirung der Federkraft ist kaum zu erzielen, da die Dicke der Magen-Darmränder, deren Ernährungszustand und Vitalität sehr verschieden sind.

Dies Alles kommt bei einem resorbirbaren Knopfe nicht in Betracht. Ein solcher Knopf bezweckt nur die Verwachsung der Wundränder, nicht aber ihre Zerstörung. Hat er das erzielt, so soll er durch Resorption beseitigt werden. Desswegen habe ich die Spiralfeder sammt der Lamelle, wie sie dem Murphyknopfe eigen sind, bei meinem Apparate weggelassen.

Die lateralen Federn bildeten in den ersten Versuchen ebenfalls eine große Schwierigkeit; sie hielten schlecht und wurden vorzeitig resorbirt. Ich habe desswegen ihre Zahl von 2 auf 3—5 vermehrt und sie direkt aus dem starken, inneren Cylinder herstellen lassen, was sich ebenfalls als durchaus praktisch erwiesen hat. Die Handhabung des Knopfes ist ganz dieselbe wie die des Murphy'schen.

Um die Resorption des Knopfes bei der Gastroenterostomie in der gewünschten Zeit — also vom ca. 8.—10. Tage nach der Operation ab — zu beschleunigen, rathe ich, den Pat. schwache Salzsäurelösungen innerlich zu geben.

Für die Fälle, bei welchen man event. die Abquetschung der Wundränder auch bei meinem Knopfe erzielen will, so wie es bei dem Murphyknopfe geschieht, genügt es, an dem weiblichen Cylinder einen breiten Gummiring anzubringen, der die Funktion der elastischen Feder und der flachen, beweglichen Lamelle noch besser als diese erfüllt, da er gleichmäßiger und beständiger wirkt.

Mein Magnesiumknopf ist bei der Firma Friedrich Voesch in Würzburg zu erhalten.

---

1) **C. T. Noeggerath.** Das Verhalten unmittelbar der Luft entstammender Keimformen in frischen Thierwunden. Beitrag zur chirurgischen Bedeutung der Luftinfektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 277.)

N. berichtet über von ihm in Friedrich's Leipziger Universitätspoliklinik angestellte bakteriologische Untersuchungen. Bei der ersten Versuchsreihe wurden mit Bouillon gefüllte Petrischalen 10 Minuten bezw. 2 Stunden lang frei der Luft ausgesetzt, um Luftkeime aufzunehmen (»Absitzmethode« Koch's). Von dieser Bouillon wurden dann von Stunde zu Stunde bezw. noch häufiger Gelatine-, Bouillon-etc. Röhrchen geimpft und dem Brutofen übergeben. Aus den während der ersten Stunden beschickten Röhrchen wächst nur eine niedrige Zahl von Keimen auf, in den nach der 7., 8. oder $8^1/_2$. Stunde aber beginnt plötzlich eine auffallend starke Vermehrung

der Koloniezahlen. N. führt aus, dass die geringe Keimentwicklung in den ersten Stunden der Zeit entspricht, in der die Luftkeime ruhen und sich erholen müssen. Erst nachdem sie eine höhere biologische Potenz gewonnen, erzielen sie eine stärkere Vermehrungskraft, wie man sie bei künstlichen Reinkulturen zu sehen pflegt.

Den Reagensglasversuch hat nun N. auch beim lebenden Thiere nachgeahmt. Kaninchen werden aufs Versuchsbrett gespannt und ihnen eine 10—12 cm lange Wunde in der Bauchhaut gemacht, deren Ränder noch lappenförmig abgelöst werden, die Wunde bei distrahirten Rändern 2 Stunden lang offen der Luft exponirt, dann mit einer sterilen Kompresse geschlossen. Es folgt hiernach wiederum von Stunde zu Stunde bei Wiederaufklappung der Wunde eine Abimpfung mit Platinöse in Nährgelatine-etc. Röhrchen. Nach 12 Stunden definitive Naht der Wunde, die stets per primam heilte. Das Resultat entsprach ganz den Experimenten in vitro: zunächst nur wenig Keime, von der 6., 7., 8. Stunde an plötzlich sehr zahlreiche. Der Thierversuch unterscheidet sich aber vom Reagensglasversuche dadurch sehr wesentlich, dass weiterhin die in der Bouillon (offener Petrischale) ausgekeimten Mikroben ein steigendes Wachsthum zeigen, dagegen in der Wunde sehr bald eine rapide Verringerung bezw. ein Verschwinden der Keime, ein »Sturz« der Keimzahlen eintritt. Jetzt macht der Körper seine Schutzkräfte geltend, die er während der Zeit gesammelt hat, die die Luftkeime zu ihrer Anpassung bedurften.

Es sprechen also auch N.'s Versuche dafür, dass die Gefahr einer Staub-Luftinfektion fast gleich Null zu setzen ist.

Nähere Ausführungen siehe im Originale, in welchem 57 Abhandlungen benutzt und herangezogen sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **Schattenfroh** und **Grasberger.** Die Beziehungen der unbeweglichen Buttersäurebacillen zur Rauschbrandaffektion.

(Aus dem hygienischen Institute der Universität Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 50.)

3) Dieselben. Neue Beiträge zur Kenntnis der Buttersäuregärungserreger und ihrer Beziehungen zum Rauschbrand.

(Ibid. 1901. No. 2.)

Das Ergebnis der werthvollen Untersuchungen der Verff., deren erste Arbeit über die Beziehungen der Buttersäurebacillen zu der Gasphlegmone im vorigen Jahrgange dieses Blattes p. 1124 erwähnt worden ist, lässt sich kurz dahin zusammenfassen, dass außer den von ihnen früher beschriebenen beweglichen und unbeweglichen Buttersäurebacillen noch andere anaërobe, Kohlenhydrate vergärende und Fäulnis erregende Buttersäurebacillen vorkommen, die morpho- und biologisch von ersteren wohl unterschieden sind, so wie ferner, dass ein in die Gruppe der unbeweglichen Buttersäurebakterien gehörendes Stäbchen (ein »Clostridium«) *κατ' εξοήν* der Erreger des Rinderrauschbrandes sei. Es gelang den Verff., dasselbe wiederholt aus

rauschbrandigen Rindermuskeln in Reinkultur zu züchten und erfolgreich auf Meerschweinchen zu übertragen. Über die weiteren, auf den Nachweis der Pathogenität der gezüchteten Stämme für Rinder ausgehenden Versuche, denen sich Immunisirungs- und Impfversuche anschließen sollen, wird später berichtet werden.

Kramer (Glogau).

---

4) **M. Mohaupt.** Beiträge zur Frage nach der Bedeutung der Hautdrüsensekretion auf den Sterilisationseffekt bei der Hautdesinfektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 141.)

M. berichtet in dieser aus der Leipziger Universitätspoliklinik hervorgegangenen Arbeit über sehr interessante von ihm zusammen mit Dr. Stamer und Rauscher ausgeführte Untersuchungen, die die Frage aufklären sollten: ob nach einer gründlichen Reinigung der Haut in den Schweißdrüsen Bakterien zurückbleiben, und ob diese event. zurückbleibenden Bakterien, durch den Sekretionsstrom herausgeschwemmt, frei werden und so vielleicht eine Infektion vermitteln können. Die Resultate sind in durchaus diese Fragen bejahendem Sinne ausgefallen. Über die Versuchsanordnung ist Folgendes kurz zu berichten: 1) Wie lange bleibt eine sterilisirte Hautfläche unter steriler Bedeckung steril? Hautstellen am Unterschenkel und Oberarme wurden rasirt, geseift und mit Äther abgerieben. Die Prüfung des Keimgehaltes so vorbereiteter Haut mit der Fürbringer'schen »Hölzchenmethode« ergab nur geringen Keimgehalt. Nun aseptische Verbandocclusion der Haut mit Bedeckung durch Protectiv-silk. Nachprüfung des Hautkeimgehaltes nach 24 Stunden, wobei stets sehr zahlreiche Keime zu finden waren. 2) 3) 4) Zur Prüfung, ob die Keimvermehrung mit der Drüsenabsonderung der Haut in ursächlicher Beziehung stehe, wurde die beobachtete Hautfläche nach entsprechender Vorbereitung und Verbandbedeckung künstlich zu starkem Schwitzen angeregt, und zwar in verschiedenen Versuchsreihen zuerst durch ein lokales Dampfbad (Benutzung eines Bier'schen Heißluftapparates, in welchen eine Schale mit kochendem Wasser gestellt war), dann durch Heißluftbad, endlich durch ein elektrisches Lichtbad, das bekanntlich ebenfalls schweißtreibend wirkt. In allen diesen Versuchen konnte schon nach wenigen bis 30 Minuten langem Schwitzen der vermehrte Keimgehalt auf der Hautoberfläche nachgewiesen werden. Die nach erfolgter Reinigung der Haut nachträglich nachweisbar werdenden Keime können nur aus den Drüsengängen der Haut aus der Tiefe mit den Sekreten hervorgeschwemmt sein, und zwar sind die Schweiß-, nicht die Talgdrüsen als die Standorte dieser Keime anzusehen: 1) Weil die Versuche auch an der Planta pedis, wo keine Talgdrüsen vorhanden sind, erfolgreich ausfielen, 2) weil nachweislich bei den hier angewandten Reizen wohl die Schweißdrüsen, nicht aber die Talgdrüsen zu Hypersekretion angeregt werden.

In praktischer Beziehung gaben die Versuche vielleicht dafür eine Aufklärung, wesshalb bei Wunden trotz sonstigen guten Verlaufes Stichkanäle öfters eitern. Auch stützen diese Versuche den in der Praxis üblichen Gebrauch, dass die Operateure bei ihrer Arbeit ihre Hände von Zeit zu Zeit immer wieder einer erneuten Abspülung mit Alkohol etc. unterziehen.

Der Mittheilung seiner eigenen Arbeiten schickt M. eine sehr gut orientirende Umschau im Gebiete der Litteratur der Händedesinfektion vorauf. Das zum Schlusse mitgetheilte Litteraturverzeichnis zählt 62 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

5) **W. Sender** (St. Petersburg). Billige Schutzverbände.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Verf. beschreibt die von Turner bei Gelegenheit einer Demonstration in der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft in St. Petersburg angegebene Methode zur Herstellung von Leimverbänden. Turner mischt dem Leim während des Kochens Holz bei in Gestalt von Lignin oder Cellulosewolle. Die zäh-flüssige Masse wird am Gipsmodelle auf Mullbinden (2—3 Lagen) aufgestrichen und eingerieben. Unter den Mullbinden befindet sich als erste Lage Trikot. Auch das Ganze wird mit Trikot überzogen. Das Trocknen erfordert 1—2 Tage. Die Verbände werden als billig, leicht, federnd, bequem und dauerhaft bezeichnet und sehr empfohlen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

6) **Wagner.** Über die Verwendung subkutaner Gelatineinjektionen zur Blutstillung.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Gelatine wurde subkutan zuerst bei Aneurysmen injicirt, später bei Nasenbluten, Metrorrhagien, Blutergelenken etc. Auch lokal fand sie bei Nasenbluten Anwendung in Form mit Gelatine durchtränkter Tampons; selbst innerlich wurde sie bei Magen- und Lungenblutungen gegeben. W. berichtet über die in der Curschmannschen Klinik gemachten Erfahrungen. Bei Phthisikern trat ausnahmslos Nachlass der Blutung ein, bei 4 derselben stand die Blutung sofort nach der Injektion, ohne sich zu wiederholen; einer starb 8 Tage nach der Blutung, die aber nach mehreren Injektionen völlig aufgehört hatte; ein anderer starb am Abend nach der Injektion, die Autopsie zeigte die große Kaverne mit festen Blutgerinnseln erfüllt.

Weniger günstig waren die Resultate bei den Darmblutungen in 3 Fällen von Typhus abdominalis. Nur bei einem stand die Blutung, Pat. ging aber an Erschöpfung zu Grunde.

7mal wurde bei starker Blutung aus Magengeschwür injicirt. Ein Kranker starb trotz Aufhörens der Blutung im Collaps; bei 4 stand die Blutung sofort nach einmaliger Injektion, bei den beiden anderen, nachdem sie ein zweites Mal wiederholt worden war.

Bei abundanter Magenblutung im Verlaufe einer schweren Sepsis war die Injektion erfolglos.

Irgend welche Nachtheile sind nie beobachtet worden. Trotzdem die Wirkungsweise der Gelatine bei Blutungen noch nicht erklärt sei, müsse man doch auf Grund der gemachten Erfahrungen ihre Anwendung entschieden empfehlen. **Haeckel** (Stettin).

---

7) G. Engelhardt. Zur Lehre der postoperativen Seelenstörungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 46.)

Die Arbeit ist aus der Göttinger chirurgischen Klinik hervorgegangen und knüpft an 6 dort gemachte Beobachtungen an; eine 7. ist im Nachtrage mitgetheilt.

Fall I. Frau im Klimakterium, 1½ Monate nach einer Nephrektomie melancholisch. II. Erblich belasteter hypochondrischer Mann mittlerer Jahre nach Wurmfortsatzoperation mit Delirium und Hallucinationen erkrankt. Später Paranoia. III. 67jährige Frau, am Unterschenkel amputirt. Schon vorher still und apathisch; nach der Operation Erregung mit Hallucinationen und Wahnideen, dann Rückfall in Apathie. Wahrscheinlich Dementia senilis. IV. Im Klimakterium stehende, schlecht genährte, durch Knietuberkulose heruntergekommene Frau. Nach der Resektion Erregungszustand mit Sinnestäuschungen, der nach 14 Tagen vorüber ist. Jodoformvergiftung nicht ausgeschlossen. V. 70jährige schwächliche Pat., an der eine Amputatio mammae gemacht wird. 9 Tage später, bei schon geheilter Wunde mehrmalige epileptiforme Anfälle, gefolgt von Geistesverwirrung. Apoplektischer Insult? oder Chloroformnachwirkung bei atheromatösen Gehirnarterien? VI. Maniakalischer Anfall nach Chloroformnarkose ohne Operation bei einer prädisponirten, vielleicht schon geistesgestörten Frau. VII. Alkoholiker, durch Pneumonie, langes Fieber und Pleuraempyem stark geschwächt. Nach der Operation Delirium und akute Demenz. In der Irrenanstalt gelangte der Fall zur Heilung.

In der Allgemeinbesprechung, zu welcher die beträchtliche einschlägige Litteratur sorgfältig herangezogen und verwerthet ist, wird u. A. hervorgehoben, dass erfahrungsgemäß Operationen an den Sinnesorganen, zumal an den Augen, wenn der Operirte im Dunkelzimmer verweilen muss, sodann aber solche an den weiblichen Genitalien von Geistesstörungen besonders häufig gefolgt zu werden scheinen. Meistens handelt es sich aber um neuropathisch belastete oder prädisponirte Individuen. Die Schlusssätze der Abhandlung lauten:

1) Die postoperativen Psychosen entwickeln sich am häufigsten bei prädisponirten Individuen (durch Heredität, chronische Intoxikationen, Kummer und Sorge).

2) Die Erschöpfung, welche durch die Operation selbst bezw. durch die den operativen Eingriff veranlassende Krankheit bedingt ist, kann kaum als ursächliches, höchstens als auslösendes Moment bei prädisponirten Fällen betrachtet werden.

3) Es giebt einige Fälle von postoperativen Psychosen, welche ätiologisch bisher einem Verständnisse noch nicht zugänglich sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **C. Ritter.** Die Behandlung der Erfrierungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 172.)

R. hat in den Bier'schen Kliniken zu Kiel und Greifswald Frostschäden, als Ulcera, Beulen, cyanotische Ödeme, mit Hyperämisirung behandelt, und zwar sowohl mit passiver Hyperämie durch Stauung, als mit aktiver Hyperämie durch Applikation heißer Luft. Die Wirkung war in keinem Falle eine ungünstige, meist eine entschieden heilsame. Die Heilsamkeit der Hyperämie kam zuerst zufällig zur Beobachtung, als einem Knaben, der gleichzeitig an Lupus und Frostgeschwüren der Finger litt, am Oberarme die Blutstauungsbinde applicirt war — nach etwa 10—14 Tagen waren die Frostgeschwüre verheilt. Der Fall war Veranlassung, die Hyperämiebehandlung weiter zu erproben.

R. reflektirt über die Gründe, wesshalb die Hyperämisirung Frostschäden günstig beeinflusse. Er meint, dass durch die Kältewirkung Nekrosen gesetzt würden, die zu ihrer Eliminirung und Zwecks Regeneration eines Reaktionsvorganges durch Hyperämie bedürften. Das cyanotische hyperämische Ödem an frostkranken Körpertheilen entspräche daher einem Heilungsdrange der Natur, und die künstliche Hyperämisirung folge also nur dem Beispiele dieser. Nur scheinbar widerspräche dieser Anschauung, wenn die Frostschäden auch mit Blutstasen bekämpfenden Maßnahmen erfolgreich behandelt würden, wie Hochlagerung und Suspension. Denn meist würden damit gleichzeitig kalte oder warme Umschläge oder auch Karbolwasserkompressen etc. applicirt, die ihrerseits hyperämisirend wirkten.

Die Behandlung mit den Heißluftkästen dauerte 6—20 Tage, und zwar täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde. In letzter Zeit wurde der Erhitzung regelmäßig eine kalte Dusche nachgeschickt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **V. Remedi** (Cagliari). Rapporta costante tra idrocele ed obliterazione incompleta del processo peritoneo-vaginale.

(Clinica chirurgica 1900. No. 7.)

R. schlägt vor, mit Rücksicht auf den häufigen Befund eines zarten leeren, manchmal verklebten Processus vaginalis am inneren Leistenringe bei Hydrocele vaginalis jedes Mal bei der Operation der Hydrocele die Schnittoperation auszuführen, den Schnitt bis über den äußeren Leistenring zu verlängern, den Fortsatz zu isoliren, abzubinden und die Bassini'sche Operation anzuschließen. Er führt 14 Fälle an, in welchen sowohl Anamnese als Untersuchung das Bestehen eines Leistenbruches ausschließen lassen mussten, und in denen sich doch ein walnussgroßer, leerer Bruchsack vorfand.

J. Sternberg (Wien).

---

10) **A. Boari** (Pescia). La uretero-ureterostomia.

(Clinica chirurgica 1899. No. 6 u. 7.)

B. stellt die Methoden der Wiedervereinigung quer durchtrennter Harnleiter aus der bisherigen Litteratur zusammen. Diese rührt, seit 1887, von 23 Autoren her und umfasst 28 Fälle. Die Methoden lassen sich in folgende Gruppen bringen: 1) Invagination des centralen Endes ins periphere, direkt; 2) Invagination eben so seitlich; 3) seitliche Anastomose; 4) cirkuläre Naht; 5) Naht cirkulär nach Schrägschnitt der Enden; 6) Naht über einem Harnleiterkatheter und 7) Einlegen eines Katheters ohne Naht. — Die beste Methode ist die erste; sie kann aber eine Stenose begünstigen, fordert ferner, dass das Organ nicht adhärent ist, und absorbirt endlich mindestens 2 cm seiner Länge. Die seitliche Anastomose (3) kann zwar beliebig weit angelegt werden, bietet aber durch die äußerst beschränkten Dickenverhältnisse des Organs weniger Sicherheit für exakten Verschluss und beansprucht ebenfalls ein großes Stück seiner Länge. Die seitliche Invagination (2) leidet an denselben Nachtheilen, bleibt aber stets weit. Es lässt sich aber — B. schlägt diese Modifikation vor — durch longitudinale Spaltung des unteren Harnleiterendes die zuerst angeführte Methode mit allen Vortheilen der beiden folgenden verbinden. D'Antona hat sich bei der Naht eines quer durchschnittenen Harnleiters — gelegentlich der Exstirpation einer Cyste aus dem Lig. latum — dieser Methode bedient, eben so Winslow, Beide mit bestem Erfolge.

J. Sternberg (Wien).

---

11) **Bazy.** Sur un procédé de néphropexie: Néphropexie en hamac.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 831.)

B. beschreibt das Verfahren der Nephropexie, welches er mit geringen Veränderungen seit 1885 angewendet hat. Es ist kurz folgendes: Simon'scher Lendenschnitt. Nach Auslösung der Niere aus der Fettkapsel legt er durch ihre hintere Fläche 3 Katgutnähte, eine in der Höhe des Äquators der Niere, eine zweite an ihrem unteren Pole, eine dritte zwischen beiden. Ein- und Austrittsstelle der Fäden liegen $2^1/_2$—3 cm von einander entfernt; die Nähte werden möglichst dicht unter der Nierenoberfläche, ihr parallel, durchgeführt, die Enden der beiden oberen Nähte durch den letzten Interkostalraum, die der letzten Naht durch die Muskulatur unmittelbar unter der 12. Rippe geführt. Durch Knoten der Fäden wird die Niere in die Höhe gezogen und bleibt zu ihrem größten Theile unter den falschen Rippen verborgen. Nun legt B. eine Naht unterhalb der 12. Rippe durch die Muskulatur, dann das tiefe Fettgewebe, rafft dieses dabei unter dem unteren Nierenpole zusammen, führt die Nadel wieder zur anderen Seite der Muskulatur heraus und knotet die Fadenenden. Auf diese Weise will er für die durch die ersten Nähte in die Höhe gezogene Niere eine Unterstützung, eine Art

»Hängematte« schaffen. — Schließlich folgt Naht der Muskel- und Hautwunde.

B. ist mit seinen Resultaten zufrieden und konnte eine Dauerheilung nach 6jährigem Verlaufe bei einer Dame konstatiren, die genöthigt gewesen war, ein Stockwerk herabzuspringen, und trotz der dabei stattgefundenen Erschütterung ohne Recidiv geblieben war.

Reichel (Chemnitz).

---

12) **Tuffier.** De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 795.)

In 3 Fällen von Puerperalfieber, 2 nach septischem Abort, einer nach Entbindung am normalen Ende der Schwangerschaft, machte T. die vaginale Totalexstirpation des Uterus; im 1. Falle erzielte er Heilung; die 2 später Operirten starben. Im Ganzen fand T. seit der ersten, 1886 von Schulze in Jena auf Grund dieser Indikation ausgeführten Operation in der Litteratur 35 Beobachtungen mit 20 Todesfällen, 13 Heilungen, 2 nicht verwerthbaren Fällen.

Obwohl T. zugiebt, dass wahrscheinlich viele Misserfolge nicht veröffentlicht, hingegen fast alle Heilungen mitgetheilt sein mögen, dass also das wahre Ergebnis der Operation sich erheblich ungünstiger stellen mag, glaubt er doch die Totalexstirpation des Uterus für gewisse Fälle von Puerperalfieber empfehlen zu müssen, nämlich dann, wenn die genaue Untersuchung außer dem Uterus keinen anderen Infektionsherd nachzuweisen vermag, und alle sonstigen Behandlungsmethoden: Ausräumung der Uterushöhle, Curettage, intra-uterine Desinfektion und antiseptische Spülungen, subkutane Kochsalzinjektionen, Serumbehandlung unwirksam geblieben sind. Ob der vaginale oder abdominale Weg vorzuziehen sei, können erst weitere Erfahrungen entscheiden.

Reichel (Chemnitz).

---

13) **C. Ghillini.** Die orthopädische Chirurgie. Antrittsrede.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Das orthopädische Universitäts-Institut in Bologna ist eine Stiftung Rizzoli's, der hierfür sein ganzes Vermögen zur Verfügung stellte. Der Name dieses Wohlthäters, der durch seinen Osteoklast weit über die Grenzen Italiens hinaus berühmt geworden ist, wird von G. in würdiger Weise gefeiert, indem er die Entwicklung der Orthopädie in Italien im Rahmen der allgemeinen Geschichte dieser Disciplin schildert.

J. Riedinger (Würzburg).

---

14) **P. Linser.** Über die Erfolge der partiellen Exstirpation des Kopfnickers bei muskulärem Schiefhalse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Gestützt auf 13, nach längerer Zeit nachuntersuchte Fälle erbringt L. den Nachweis, dass bei Caput obstipum musculare die partielle Excision des Muskels auch ohne weitere orthopädische Nachbehandlung vollkommen genügt, um eine dauernde und vollständige

Heilung zu erzielen. Wie sich außerdem noch aus den mitgetheilten Krankengeschichten ergab, ist es nicht nöthig, entsprechend der von v. Mikulicz aufgestellten Forderung mindestens die ganze untere Hälfte des Kopfnickers zu excidiren, sondern es braucht nur der unterste, erkrankte Theil bis an die Grenze des Normalen entfernt zu werden. Aus kosmetischen Rücksichten erwies sich die quere Incision der Haut vortheilhafter als ein Längsschnitt. **Honsell** (Tübingen).

---

15) **A. Hüssy.** Über die Wirkungen des orthopädischen Korsetts bei Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

Nach einer allgemeinen, historischen Erörterung der Korsettfrage kommt Verf. auf dasselbe klinische Material zu sprechen, das Schulthess zur Grundlage gedient hat für seinen auf der 71. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte zu München gehaltenen Vortrag. An der Hand zahlreicher Tabellen und einiger Abbildungen versucht er nachzuweisen, dass unter dem Einflusse orthopädischer Korsetts die Torsion der Skoliose, d. h. der Rippenbuckel, verstärkt wird. Da nach den Ausführungen des Verf. auch die seitliche Deviation zunimmt, wäre nur höchst selten eine Indikation für das Anlegen eines Korsetts gegeben.

Die Ergebnisse der Schulthess'schen Skoliosenmessung sind aus dem Mechanismus der Skoliose leicht zu erklären, weßhalb ihnen eine wissenschaftliche und praktische Bedeutung nicht abgesprochen werden kann. Aus dem Mechanismus der Skoliose können wir entnehmen, dass die Wirbelsäule bei jeder derartigen Erkrankung nach der Seite hin entweder durchgebogen oder geknickt ist. Die Belastung von oben her ist meist eine excentrische. Wird nun die skoliotische Wirbelsäule durch ein Korsett aufzurichten gesucht, so muss an den Angriffsstellen desselben am Thorax ein Druck ausgeübt werden, der von der Seite her wirkt. Die Folge ist ein »firstartiger Rippenbuckel«. Ob dieser Nachtheil der Verschärfung des Rippenbuckels in Verbindung mit den sonstigen Schädlichkeiten des Korsetts den Vortheil des Aufrichtens der Wirbelsäule überwiegt, das ist die Streitfrage. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

16) **A. H. Tubby.** Some points in the treatment of spinal abscesses.

(Brit. med. journ. 1900. December 22.)

Die vorliegende Mittheilung bezieht sich auf die Behandlung der tiefliegenden Senkungsabscesse bei Wirbelcaries, derjenigen, welche längere Zeit hindurch keine Neigung zeigen, an die Oberfläche zu kommen. T. wartet nicht ab, bis die Haut in Mitleidenschaft gezogen ist, um eine dauernde tuberkulöse Fistel zu vermeiden. Wenn möglich wartet er so lange, bis die Eröffnung an einer günstig gelegenen Stelle erfolgen kann. Als Beispiel führt T. einen Fall von Psoasabscess an, bei welchem die Eröffnung so lange hinausgeschoben

wurde, bis der Eiterherd sich bis zur Mitte des Oberschenkels gesenkt hatte und die Psoasgegend frei geworden war. Wenn es angeht, wird ein Punkt ausgewählt, welcher möglichst weit von den Genitalien entfernt liegt, um eine sekundäre septische Infektion zu verhüten. Die Incision erfolgt unter strengster Asepsis. T. legt verschiedene kleine Incisionen an, einerseits um den gesammten Inhalt besser zu entleeren und dann um die Wand besser reinigen zu können. Die Höhle wird zunächst mit sterilem Wasser ausgespült, die Wand mit einer Lösung von Jodoform oder besser Menthol eingerieben. Drainage wird nicht angewendet, da das lange Liegenlassen des Drains eine Infektion zur Folge haben könnte. Die Incisionswunden werden vernäht. Auf diese Weise hat T. häufiger eine Heilung p. p. erzielt. Sammelt sich abermals Flüssigkeit an, so wird das Verfahren wiederholt. Doch ist die Flüssigkeit dann öfters seröser Natur.

Weiss (Düsseldorf).

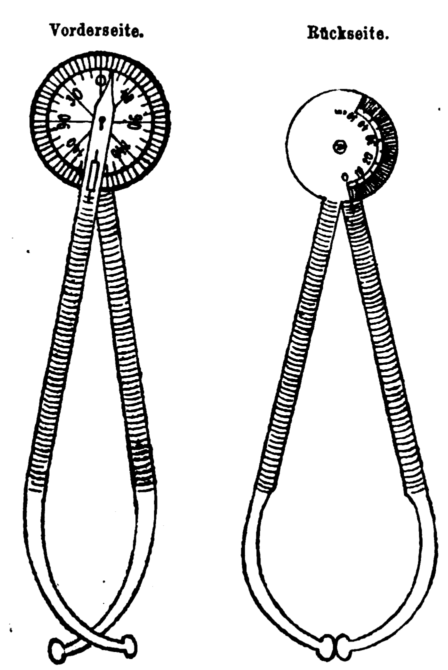
Kleinere Mittheilungen.

Goniodiameter,
ein Instrument zum Messen von Winkeln, Durchmessern und Entfernungen.

Von

Stabsarzt Dr. **Thöle** in Frankfurt a/O.

Zweck und Gebrauchsweise sind aus nebenstehender Zeichnung ohne Weiteres klar. An der Skala auf der Vorderseite der Scheibe liest man ab, in welchem Winkel die Schenkel zu einander stehen. So dient das Instrument zum direkten Messen namentlich von Bewegungsbeschränkungen und Stellungsanomalien in den Gelenken der Extremitäten. Der Zeigerschenkel hat einen viereckigen Ausschnitt, dessen Mittellinie markirt ist. Zeigt z. B. bei Coxitis die Zeigerspitze 150° Flexion an, so liest man gleichzeitig durch den Ausschnitt hindurch, ohne zu rechnen, dass das Bein um 30° gebeugt ist. In dieser Hinsicht dürfte das Instrument besonders für Kliniken und Kassenärzte bei der Begutachtung von Unfallverletzten von Werth sein, damit der Grad der Bewegungsbeschränkung genau festgestellt und nicht einfach geschätzt und verschätzt wird, damit die fortschreitende Besserung oder Verschlechterung genau zahlenmäßig notirt wird.



²/₃ natürlicher Größe.

Zugleich dient das Instrument zum Messen von Durchmessern und Entfernungen und macht so einen

Tasterzirkel entbehrlich. Die Skala auf der Rückseite lässt die Distanz der knopfförmigen Enden der geschweiften Schenkel in Centimetern ablesen. Als Zeiger dient eine Marke, welche auf dem beweglichen Schenkel eingravirt ist.

Das Instrument wird von der Aktiengesellschaft für Feinmechanik, vormals Jetter & Scheerer in Tuttlingen, aus Nickelblech hergestellt und ist bei den Instrumentenhändlern zum Preise von 15 ℳ käuflich.

(Aus der k. k. chirurg. Klinik des Herrn Hofrathes Prof. Dr. C. Nicoladoni in Graz.)

Zur Anwendung der Gigli'schen Drahtsäge bei Knochenoperationen am Schädel.

Von

Dr. Erwin Payr,

Privatdocent für Chirurgie und Assistent obiger Klinik.

Sudeck[1] hat sich durch die Angabe seines Trepanationsfräsers ein großes Verdienst um die Technik der Gehirnchirurgie erworben und das Problem einer raschen und bequemen, dabei auch sicheren Schädelöffnung glücklich gelöst. Auch von anderer Seite werden die Vorzüge seines Instrumentes rühmend hervorgehoben (Heidenhain)[2]. Auch mir leistete die Sudeck'sche Fräse kürzlich bei der Operation eines Stirn-Hirnabscesses ausgezeichnete Dienste. Auch die elektrisch betriebene Cirkulärsäge steht an Bequemlichkeit hinter ihr zurück. Obwohl die Fräse mit der Hand und mit einer Tretmaschine betrieben werden kann, leistet sie an Eleganz und Schnelligkeit doch nur, wenn sie durch einen mit starker Stromquelle verbundenen Elektromotor betrieben wird, Hervorragendes. Kleinere Accumulatoren eignen sich schon weniger zu ihrem Betriebe. Dort, wo weder Straßenstrom, noch Accumulator und Elektromotor zur Verfügung stehen, und auch die Tretmaschine mit Bohrschlauch nicht vorhanden ist, wie es ja an vielen kleineren Heilanstalten und bei der Ausführung von nothwendigen Gehirnoperationen außerhalb von solchen der Fall sein wird, stellt zweifellos die Anwendung der Gigli'schen Drahtsäge, mit der man die Brücken zwischen mehreren in die Schädeldecke gebohrten Löchern durchtrennt, das beste Verfahren dar (Obalinsky)[3]. Als ein ausgezeichnetes Instrument, um sehr schnell beliebig große Löcher in die Schädelkapsel bei dieser Technik zu bohren, bewährt sich der Knochenbohrer von Stille (Stockholm). Es wird aber Manchem, der mit der Gigli'schen Drahtsäge größere osteoplastische Lappen ausgesägt hat, zum Bewusstsein gekommen sein, dass die Durchtrennung breiter Knochenbrücken nach dem bisher geübten Modus nach Art der Kettensäge ziemlich mühsam und anstrengend ist und bei länger dauernder Operation auch technisch schwieriger wird; man wechselt doch unwillkürlich die Schnittebene, indem beide Arme nicht ganz in gleichem Sinne arbeiten, und ist das nicht allzu selten vorkommende Reißen der Drahtsägen meist auf diese technischen Fehler zurückzuführen.

Um nun das Durchsägen von Knochenbrücken zwischen den Bohrlöchern bequemer zu machen, habe ich einen langen, schwach gebogenen Stahlstab mit einem recht bequemen Handgriffe (*H*) versehen lassen, der an seinem einen Ende ein feststehendes Häkchen (h^1) zur Aufnahme der einen Drahtsägenöse trägt, gegen den Handgriff mit einer durch Schraube feststellbaren Gleithülse versehen ist, die den Haken (h^2) für die 2. Öse trägt.

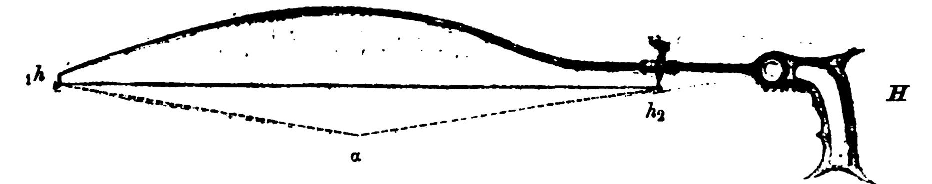
---

[1] Ein neues Instrument (Trepanationsfräser) zur Eröffnung der Schädelhöhle. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1900. II. Theil p. 353.

[2] Notiz über Sudeck's Trepanationsfräse. Centralblatt für Chirurgie 1900. p. 1065.

[3] Zur Technik der Schädeltrepanation. Centralblatt für Chirurgie 1897. p. 857.

Die Drahtsäge wird so straff gespannt, dass der Bogen sich leicht krümmt (s. die beistehende Figur).



Unter leichtem Andrücken nach oben sägt man mit diesem Führungsbogen der Gigli'schen Drahtsäge genau so bequem wie mit einer Bogensäge, braucht nur eine Hand zum Arbeiten, kommt mit der Säge aus der gewünschten Schnittebene nicht heraus und vermeidet dadurch das Reißen der Drahtsäge. Das Einhaken der von einem Bohrloche zum anderen durchgeführten Säge macht selbstverständlich keinerlei Schwierigkeiten[4].

Die Durchtrennung des Knochens geht eher schneller vor sich, als nach der gewöhnlichen Art des Sägens, und ist die schiefe Durchtrennung der Knochenbrücken besonders leicht vorzunehmen, so dass der ausgesägte Knochendeckel scharf in die Lücke einpasst.

Der Winkel (*a*), unter dem die beiden in Aktion stehenden Hälften der Drahtsäge zu einander stehen, ist bei dieser Art der Sägeführung ein möglichst großer und dadurch das Einklemmen und Steckenbleiben der Drahtsäge erschwert.

Dieser Führungsbogen hat sich bei praktischer Verwendung bereits bewährt.

Der hier beschriebene Bogen ist für Drahtsägen von 50 cm Länge berechnet.

Graz, im März 1901.

---

17) S. H. Long. Case of acute traumatic tetanus treated with antitetanus serum.

(Brit. med. journ. 1900. November 24.)

L. glaubt, dass die so häufigen Misserfolge der Serumbehandlung des Tetanus ihren Grund darin haben, dass das Antitoxin in zu geringen Quantitäten eingeführt wird. Zu dieser Ansicht ist er auch gedrängt durch die auf Grund der Laboratoriumsversuche aufgestellte Hypothese, dass die Nervenzellen eine größere Affinität zu dem Tetanustoxin wie zu dem Antitoxin besitzen, wodurch der Werth des letzteren naturgemäß herabgesetzt wird. Entsprechend diesen Anschauungen hat L. in einem Falle von Tetanus, der im Anschlusse an eine leichte Verletzung der rechten großen Zehe, durch im Innern des Stiefels vortretende Nägel verursacht, entstanden war — die Symptome waren 5 Tage später schon völlig ausgesprochen — sehr hohe Dosen des Serums angewendet. Zunächst wurden 13 subkutane Injektionen von je 10 ccm in 4stündlichen Pausen verabfolgt. Die ersten Injektionen verursachten einen allgemeinen Spasmus, wesshalb die folgenden unter Chloroform gegeben wurden. Dann wurden 6 Tage lang 4stündlich je 10 ccm in den Mastdarm injicirt, dann noch 3 Tage lang 8stündlich. Im Ganzen wurden 55 Injektionen in den Darm gemacht, so dass der Gesammtverbrauch an Serum 680 ccm betrug. Die höchste Anzahl der allgemeinen Krämpfe — nämlich 8 — war am 4. Tage nach Beginn der Serumbehandlung erreicht, um von da ab innerhalb 5 Tagen auf 0 zurückzugehen. Am 7. Tage trat eine 2—3 Tage andauernde Urticariaeruption auf, welche indess nicht von Fiebererscheinungen begleitet war, das einzige üble Symptom, welches auf die Anwendung des Serums bezogen werden konnte. Es trat schließlich, nachdem noch 2—3 Wochen lang eine leichte Rigidität der Bauchmuskulatur bestanden hatte, völlige Genesung ein.

Weiss (Düsseldorf).

---

[4] Diesen Führungsbogen hat der hiesige Instrumentenmacher Herr A. Brož angefertigt.



18) Leonpacher. Über Kochsalzinfusionen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

L. berichtet summarisch, ohne Anführung einzelner Krankengeschichten, über Kochsalzinfusionen, in 100 Fällen in der Angerer'schen Klinik ausgeführt. Bei schwersten Blutungen waren sie ohne Erfolg; einen Hauptwerth derselben sieht L. in der excitirenden Wirkung der Infusionen auf die Herzthätigkeit. Bei septischen Erkrankungen wurden wenig günstige Erfahrungen gemacht, gute dagegen bei frischen Bauchverletzungen, da ansteigende Peritonitis nach täglich wiederholter Infusion zurückging. Bei Chok war die Infusion ohne Erfolg, bei schweren Verbrennungen nur von vorübergehendem Nutzen; eine Jodoformintoxikation heilte dabei. Von dem Versuche, kachektische Personen durch tägliche Infusionen zur Operation vorzubereiten, und am Magen und Darme Operirte durch Infusionen ernähren zu wollen, kam man wieder ab.

Angewandt wurden ausschließlich subkutane Infusionen, am besten in der Infraclaviculargrube mit Richtung nach der Achselhöhle hin. Zuerst nahm man 0,75%ige NaCl-Lösung, später die von Schuecking angegebene Kochsalzlösung mit Zusatz von Natrium saccharatum. **Haeckel** (Stettin).

19) Collet. Hémorrhagies viscérales et sérum gélatiné.

(Indépendance méd. 1901. No. 9.)

Bei einem Alkoholiker mit unstillbarem, zu äußerster Anämie führendem Blutbrechen trat nach subkutaner Einspritzung von 20 ccm einer 1%igen Gelatinelösung nur noch einmal eine weniger starke Hämatemesis auf, dann hörte das Blutbrechen vollkommen auf, und Pat. wurde geheilt. Eine ähnliche prompte Wirkung erzielte Verf. bei einem Phthisiker mit starker Hämoptoë.

Mohr (Bielefeld).

20) Tronchet. Du corps thyroïde dans les fractures non consolidées.

(Indépendance méd. 1901. No. 6.)

Bei einer Komminutivfraktur des Unterschenkels, bei welcher ca. 12 Wochen nach der Verletzung noch sehr deutliche Beweglichkeit der Bruchenden vorhanden war, ließ Verf. täglich 5—6 Thyreoïdinkapseln (à 0,10 cg) nehmen, worauf innerhalb von 2 Wochen feste Vereinigung eintrat. — Potherat behandelte 2 ähnliche Fälle mit gutem Erfolge (60 cg pro die). **Mohr** (Bielefeld).

21) H. E. Little-Dale. Clinical and pathological notes on a case of human actinomycosis.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 5.)

Ein 23jähriger Mann kam wegen hochgradiger Schwellung des Halses in Behandlung. Einige Monate zuvor hatte sich eine kleine schmerzhafte Geschwulst unterhalb des linken Ohrläppchens gebildet. Dieselbe wurde incidirt; es entleerte sich jedoch nur Blut. Allmählich griff dann die Schwellung über den ganzen Nacken bis zur rechten Halbseite hinüber und reichte schließlich vorn bis zum Brustbeine. Am Nacken bildete sich ein großer Abscess. In dem durch Incision entleerten Eiter waren keine typische Pilzdrusen zu finden. Nur einmal fand sich ein Gebilde, welches als Endkeule gedeutet werden konnte. Gram'sche Färbung ergab gewundene Ketten kokkenähnlicher Gebilde. Auf aëroben Kulturen wuchs nichts von Actinomyces oder Streptothrix; anaërobe Kulturen wurden nicht angelegt.

Im weiteren Verlaufe bildeten sich Abscesse über dem Brustbeine und am medialen Rande des rechten Schulterblattes. Dann entwickelten sich die Zeichen der Lungentuberkulose hauptsächlich über der rechten Lunge, doch wurden bei Untersuchung des Sputum keine Tuberkelbacillen gefunden. Der Abscess am rechten Schulterblatte griff auf die rechte Lunge über. Bei Spülungen der Abscesshöhle wurde die Spülflüssigkeit expektorirt. Es traten noch mehrere Eiterherde am Rücken und Nacken auf. Der Kranke kam immer mehr herunter und ging schließlich 11 Monate nach Beginn des Leidens zu Grunde.

Aus dem Sektionsbefunde ist hervorzuheben, dass die beiden Lungenspitzen infiltrirt und dass die rechte 3. Rippe, der 2. Brustwirbel und die 2. linke Rippe nekrotisirt waren. In der Höhe der 3. Rippe hatte der Abscess die Oberfläche der rechten Lunge arrodirt.

In dem subkutanen Gewebe fanden sich Pilzmassen, welche sich, nach van Gieson gefärbt, als ein unregelmäßiges rundes oder ovales, roth gefärbtes, dichtes Gebilde präsentirten mit einem blass rosa gefärbten äußeren Ringe und einem roth gefärbten, aber bedeutend weniger dichten Kerne. Bei Gram'scher Färbung ergiebt sich dasselbe Bild. Das Gebilde besteht aus dicht verwebten einzelnen Pilzfäden, welche eine deutliche Membran besitzen, in deren Innerem sich das Protoplasma befindet. In den Enden der Fäden findet sich kein Protoplasma, und dadurch kommt die blassrothe Färbung der äußersten Schicht des Pilzkonvoluts zu Stande. Das Protoplasma ist nicht gleichmäßig vertheilt; so dass Bilder zu Stande kommen, welche an Diphtheriebacillen erinnern; stellenweise sind auch streptokokkenähnliche Gebilde zu konstatiren. Hier und da zeigt sich eine deutliche Gabelung der Pilzfäden.

Die Lungen boten mikroskopisch den Befund der Tuberkulose. Neben Tuberkelbacillen fanden sich auch noch die beschriebenen Pilzkörper.

L. hält den vorliegenden Process für eine Infektion durch eine Strepthothrixart, und zwar eine anaërobe Form, und glaubt, dass in der Pathologie der Aktinomykose verschiedene Pilzarten eine Rolle spielen. Die Ansicht, dass die keulenähnlichen Endigungen des Actinomyces auf Degenerationsvorgänge zurückzuführen sind, hält er nicht für richtig. **Weiss** (Düsseldorf).

22) **Seiffer** (Berlin). Über Skoliose bei Ischias.

(Charité-Annalen. Jahrgang XXV. Berlin, **A. Hirschwald,** 1900. p. 4.)

Nachdem zuerst der gekreuzten Skoliose bei Ischias ihre pathognomonische Bedeutung genommen worden war, häufen sich in neuerer Zeit auch die Mittheilungen über willkürlich (Remak) und unwillkürlich (Higier) alternirende Formen der Skoliose. Auch von S. wird ein Fall mitgetheilt, in welchem ein an traumatischer Ischias erkrankter jugendlicher Arbeiter seine gewöhnlich innegehaltene homologe Skoliose häufig willkürlich in die gekreuzte, laterologe Skoliose umwandelte. Dies bewerkstelligte er in einer ganz eigenthümlichen Weise, indem er beide Hände auf die Kniee stützte und dann den Rumpf und die Körperlast auf die entgegengesetzte Seite herüberwälzte, so dass nunmehr das gesunde Bein die Stütze für den Rumpf bildete, während er sich meist auf die kranke Seite zu stützen pflegte. Als Grund für diesen Wechsel gab der Kranke an, dass ihm die gewöhnlich innegehaltene Haltung zwar bequemer sei, dass er aber bei längerem Einhalten derselben ermüde und Schmerzen bekomme. Um besser gehen und stehen zu können, wechsele er desswegen ab.

Der zweite Fall einer gleichfalls traumatischen Ischias an derselben, linken Seite zeigt uns in Abbildungen eine rein heterologe Form der Skoliose. Für die Theorie der Ischiasskoliose freilich können vorläufig wenigstens derartige Mittheilungen keine Aufklärung bringen.

Hinzugefügt sei noch, dass im Berichtsjahre in der Jolly'schen Klinik unter 15 Fällen von Ischias überhaupt nur 3 Skoliose zeigten.

Lühe (Königsberg i./Pr.).

23) **Elliot.** Successful removal of acutely inflamed tubercular mesenteric glands.

(Transactions of the American surgical association Vol. 18.)

24) **M. H. Richardson.** A case of acute tuberculosis of the mesenteric glands of the ileocoecal coil; removal; permanent recovery.

(Ibid.)

Die beiden Fälle sind einander so ähnlich, dass sie zusammen referirt werden mögen; die Zusammengehörigkeit wird noch dadurch eine größere, dass beide unter der irrthümlichen Diagnose »akute Appendicitis« operirt wurden.

E.'s Pat. war ein 8jähriger Knabe, von Vaters Seite tuberkulös belastet. Im Jahre 1898 Anfall von Schmerzen im Leibe, ohne Fieber, Übelkeit oder Erbrechen, als gewöhnlicher Magenschmerz gedeutet. Am 15. Januar 1899 wacht Pat., der sich erst kürzlich von einer Grippe erholt hat, mit Leibschmerzen auf. Diese nahmen am nächsten Tage zu unter Temperatursteigerung auf 101° F. Beträchtliche Druckempfindlichkeit in der rechten Bruchhälfte, mehr nach der Gallenblase zu; keine Übelkeit, kein Erbrechen. Temperatur am 7. Januar 104° F., Befinden schlechter.

E. findet den Knaben elend aussehend, den Leib mäßig aufgetrieben, keine Spannung der Bauchmuskeln. Die Druckschmerzhaftigkeit wird etwas hoch für Appendicitis, eine tiefe Resistenz aber doch auf den Wurmfortsatz bezogen. Bei der Incision wird dieser normal gefunden; die druckempfindliche Masse ist eine Gruppe vergrößerter Gekrösdrüsen des Ileums, 2—3 Zoll vom Blinddarme entfernt. Exstirpation der Drüsen, von denen eine größere im Centrum verkäst ist. Die ziemlich beträchtliche Blutung wird durch Tamponade gestillt, um die Unterbindung eines größeren Astes der A. mesenterica zu vermeiden. Tampon nach 24 Stunden entfernt und die provisorisch gelegte Naht geschnürt. Heilung p. pr. Pat. ist 16 Monate post oper. vollkommen gesund und hat 16 Pfund zugenommen.

Die mikroskopische Untersuchung stellte Tuberkulose der Drüsen fest.

R.'s Fall betraf einen kräftigen 5jährigen Jungen. Auch bei ihm war seiner jetzigen Krankheit einen Monat zuvor eine heftige Grippe vorausgegangen.

17. Juni 1895 Fieber, Koliken, Verstopfung, Puls 140, Athmung 40. Die Schmerzen nehmen am folgenden Tage zu, Fieber steigt auf 103,2° F. Am 19. Juni Schmerzen im Unterleibe und dem rechten Oberschenkel, Abendtemperatur 104,2° F. Puls 140. Bei tiefer Palpation ist $1^1/_2$ Zoll rechts vom Nabel eine kleine, unebene, knotige, leicht druckempfindliche Geschwulst von etwa 1 Zoll Durchmesser zu fühlen, die auch nach Entleerung des Darmes durch reichlichen Einlauf bestehen bleibt.

Diagnose: akute Appendicitis. Sofortige Operation. Blinddarm und Wurmfortsatz gesund, aber im Mesenterium des Ileocoecum zahlreiche Drüsen von Walnuss- bis Erbsengröße, die möglichst stumpf exstirpirt werden. Glatte Heilung, Temperatur vom 3. Tage an normal. Die zum Theil verkästen Drüsen erwiesen sich auch mikroskopisch als tuberkulös.

Trotzdem vollkommene und dauernde Heilung, ohne dass im Laufe der nächsten 5 Jahre irgend ein Symptom von Tuberkulose aufgetreten wäre. Pat. jetzt gesund und kräftig.

Beide Verff. weisen auf die Seltenheit dieser Affektion hin, auf die Schwierigkeit der Diagnose, insbesondere der Unterscheidung von akuter Appendicitis. Die Prognose scheint nach ihrer Erfahrung bei frühzeitiger Operation günstig zu sein, jedenfalls soll letztere versucht werden, wenn sie technisch nur irgend ausführbar erscheint. **v. Hippel** (Dresden).

25) G. Marwedel. Ein Fall von persistirendem Urmund.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Bei dem vom Verf. mitgetheilten Falle wurde bei einem Neugeborenen in der Kreuzbeingegend ein mit Schleimhaut ausgekleideter, theilweise vorgefallener Cylindersack gefunden, der sich ca. 6 cm ventralwärts erstreckte. Bei der Operation zeigte sich, dass das Gebilde, ein echtes Darmstück, bis dicht an den Mastdarm heranreichte und durch eine Lücke zwischen Kreuz- und Steißbein, am Duralsacke des Rückenmarkes vorbei, zur Körperoberfläche verlief. Nach den Beziehungen zum Darme einerseits, zum Wirbelkanale andererseits musste die Missbildung als eine Persistenz des Urmundes und des entodermalen Theiles des Canalis neurentericus, der sich in Form eines völlig ausgebildeten Darmrohres erhalten hat, gedeutet werden. Der Fall dürfte schon als Unicum Interesse verdienen, zugleich zeigt er aber auch, dass der meist rasch dem Untergange verfallende Canalis neurentericus wenigstens theilweise sich bis in die extra-uterine

Periode erhalten kann, und er giebt damit der monogerminalen Theorie für die Genese der angeborenen Geschwülste der Sacrococcygealgegend eine neue wichtige Stütze. **Honsell** (Tübingen).

26) **P. Linser.** Über Sacraltumoren und eine seltene fötale Inklusion. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Verf. berichtet über 5 Fälle von Sacralgeschwülsten, die nach histologischer Untersuchung sämmtlich den teratoiden Mischgeschwülsten zuzurechnen waren. In der ersten der mitgetheilten Beobachtungen lag eine einfache, mit endothelartigem Epithel ausgekleidete Cyste vor, in den beiden letzten Fällen multiple, mit geschichtetem Epithel versehene Kystome, sämmtlich wohl als Abkömmlinge allein des Postanaldarmes zu deuten. Im Falle 2 war neben cystischen, epithelialen Gebilden auch noch ausgesprochenes Gliagewebe, also Reste beider Komponenten des Canalis neurentericus, nachweisbar. Als ausgesprochen bigerminalen Ursprungs war endlich die Geschwulstbildung in Fall 3 anzusehen. Letztere verdient noch besonderes Interesse dadurch, dass in ihr Thyreoidea, Nervenfasern und Ganglienzellen, ein embryonales Rückenmark und ein Magen zu erkennen waren; mit großer Wahrscheinlichkeit konnte sogar Nierengewebe, ein Ösophagus, eine Trachea mit Lungengewebe diagnosticirt werden.

In klinischer Beziehung sei hervorgehoben, dass 3 der Fälle dem kindlichen Alter angehörten, im 4. (13jähriges Mädchen) war die Geschwulst erst in den letzten 1½ Jahren aus unmerklichen Anfängen heraus zu Gänseeigröße herangewachsen; der 5. betraf einen 46jährigen Mann und hatte ebenfalls in letzter Zeit starke Wachsthumstendenz gezeigt. 4 der Geschwülste waren mit dauerndem Erfolge exstirpirt worden; ein schon vorher schwächliches Kind erlag bald nach der Operation der zunehmenden Entkräftung. **Honsell** (Tübingen).

27) **G. A. Wright and D. S. Wylie.** Abdominal tumour (Included foetus). (Brit. med. journ. 1900. November 17.)

Es handelt sich um ein weibliches Kind, welches im Alter von 2 Monaten in Behandlung kam. Die Geburt war langdauernd und schwer gewesen. Schon unmittelbar nach derselben wurde bei dem Kinde eine beträchtliche Ausdehnung des Leibes verzeichnet, welche im Verlaufe der nächsten Monate noch beträchtlich zunahm. Am Ende des 2. Monats fand sich bei dem sonst gut genährten Kinde eine große Geschwulst in der linken Seite der Bauchhöhle, über die Mittellinie hinüberreichend. Vorn war sie gegen den rechten und linken Rippenrand deutlich abgegrenzt, hinten dehnte sie sich bis unter die Rippen und bis zur Lumbalgegend hin aus. Perkussionsschall gedämpft. Nach vorn zu schien die Geschwulst mehr cystischer Natur, nach hinten mehr fest zu sein.

Eine Punktion ergab ca. ½ Liter einer klaren, gelben Flüssigkeit, deren Eiweißgehalt 5‰ betrug. Die danach viel kleiner gewordene Geschwulst nahm bald wieder an Umfang zu. Sie wurde desshalb von einem linksseitigen Lendenschnitte aus zu entfernen gesucht. Nach ihrer Freilegung entleerte zuerst eine Punktion ½ Liter Flüssigkeit. Der Geschwulstrest war überall breit verwachsen, namentlich mit dem Colon transversum und descendens. Während der Operation kollabirte das Kind, und einige Stunden später trat der Tod ein. Die Sektion ergab, dass die Geschwulst ihren Sitz in der Bursa omentalis gehabt hatte, und dass es sich um einen Fötus in foetu handelte. Es fand sich eine solide Partie, welche auf einer Fläche von Haut bekleidet war und im Inneren aus Fettgewebe bestand, in welches viele Knorpelinseln eingesprengt waren. Hier und da waren Ossifikationszonen zu bemerken. Verschiedene Vorsprünge waren als rudimentäre Finger und Zehen zu deuten. Eine cystische Partie enthielt mehrere Darmschlingen, ferner eine geschlossene, mit den Schlingen nicht zusammenhängende dickwandige Cyste, deren innere Bekleidung große Ähnlichkeit mit Magenschleimhaut hatte. Ferner fanden sich noch zahn- und kieferähnliche Gebilde.

Weiss (Düsseldorf).

28) **W. Reich.** Ein Beitrag zum plastischen Ersatz der Penishaut vom Scrotum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 333.)

R. operirte einen 28jährigen Sergeanten im Garnisonlazarett zu Tilsit. Durch schankröse Gangrän war die ganze Penishaut bis zum Mons veneris und zu der Hodensackwurzel zerstört. R. unterminirte die vordere Skrotalhaut und steckte (»luxirte«) den Penisschaft unter dieselbe, unten wurde die Fistel durch ein quergeschnittenes Fenster herausgeleitet und die skrotale Hautdecke in der Eichelfurche angenäht. 19 Tage später, als die Skrotalhaut auf dem Penisrücken bereits fest saß, zu beiden Seiten des Penis vertikale Längsschnitte, wonach die hierdurch gewonnene Haut zur Deckung der unteren Penisfläche benutzt wird. Gutes Heilungsresultat, mit normaler Erektilität. R. meint, dass bei auch vorhandenem Defekt der Skrotalhaut man in analoger Weise die Haut des Mons veneris plastisch verwerthen könnte. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

29) **C. A. Wood.** The results of castration and vasectomy in hypertrophy of the prostate glande.

(Annals of surgery 1900. September.)

Verf. stellt das Resultat von 159 Fällen von Kastration bei Prostatahypertrophie zusammen. In 51% der Fälle wird eine Verkleinerung der Prostata angegeben. Rechnet man weiterhin die Fälle hinzu, in denen Besserung des Allgemeinzustandes, Nachlassen der Cystitis, normales Harnlassen und andere Anzeichen, die auf eine Verkleinerung der Prostata hinweisen, angegeben werden, so steigt der Procentsatz der Nutzen bringenden Operationen auf über 90. Nur bei ca. 5% der Fälle war von einer Besserung nicht die Rede. Die Mortalität der Operation beträgt etwas über 8%. Selbst bei sehr ungünstigen Fällen wurde häufig eine Besserung bemerkt. In 6 Fällen befinden sich Bemerkungen über Störungen des Centralnervensystems. Andererseits ist bei einigen Fällen ausdrücklich auf die nach der Operation stattgehabte Hebung der geistigen und physischen Kräfte der Pat. hingewiesen.

Die Reihe der Vasektomien umfasst 193 Fälle. In 9% der Fälle findet sich die Bemerkung, dass die Prostata sich verkleinert hat. Besserung der Blasenfunktion in 15%, Cystitis gebessert oder geheilt in 6%, Residualharn verringert oder ganz geschwunden in 5%, bei 67% der Fälle wird von allgemeiner Besserung gesprochen. 15% sind ohne jeden Erfolg operirt worden. Die Mortalität beträgt 7%. Geistige Störungen kommen auch hier ein paar mal zur Beobachtung. Demnach sind die Resultate beider Operationen annähernd die gleichen. Kurze Daten über die einzelnen Fälle, die W. zusammengestellt hat, sind der Arbeit angefügt.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

30) **E. Fuller.** Antero-posterior subdivision of the bladder; an important anomaly.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XVIII. No. 12.)

F. hat 2 Fälle fast vollständiger transversaler Blasentheilung zu beobachten Gelegenheit gehabt, von denen der eine zur Autopsie kam. Eine derartige Anomalie ist zwar in Orth's Lehrbuche der speciellen pathologischen Anatomie beschrieben, aber noch niemals zur klinischen Beobachtung und operativen Behandlung gelangt. Die Einschnürung der Blase, wodurch dieselbe gleichsam eine sanduhrförmige Gestalt erhalten hat, lag in beiden Fällen vor den Harnleitermündungen, so dass der Urin zuerst in die hintere Blasenkammer gelangte. Diese hintere Kammer war größer und ausdehnbarer als die vordere, fast von normaler Beschaffenheit, während die Wände der vorderen kleineren Kammer, deren Kapacität nur 45 cm betrug, rigide waren. Die Verbindung zwischen beiden Kammern war ungefähr fingerspitzengroß. In dem einen der beiden beobachteten Fälle war der Innenraum der vorderen Kammer von zahlreichen, unregelmäßig verlaufenden, feinen Trabekeln durchzogen, welche den Herztrabekeln glichen.

In beiden Fällen waren ursprünglich geringe Harnbeschwerden vorhanden, welche im Laufe von 20 Jahren allmählich — der eine Pat. war 55, der andere 44 Jahre alt — sich bis zur Harnverhaltung steigerten. Bei dem hohen Blasenschnitte überraschte die außerordentliche Dicke und Entwicklung der Recti. Die Wände der hinteren Kammer waren stark hypertrophisch. Die Durchtrennung des einschnürenden Blasenringes führte in einem der beiden Fälle zur völligen Behebung der Beschwerden; der andere Pat., welcher bereits mit urämischen Erscheinungen zur Hospitalaufnahme gelangte, ging zu Grunde. Die Harnröhrenstrikturen, welche in beiden Fällen vorhanden waren, haben die durch die angeborene Anomalie bedingte Harnverhaltung vergrößert. Die Prostata hat sich, wie die Untersuchung des tödlich verlaufenen Falles ergab, an der Bildung der vorderen Blasenkammer nicht betheiligt; die Wandung derselben bestand nur aus hypertrophischer Blasenmuskulatur. **Chotzen** (Breslau).

31) **T. R. Brown.** Cystitis due to the typhoid bacillus introduced by catheter in a patient not having typhoid fever.

(New York med. record 1900. März 10.)

Der Typhusbacillus als Eitererreger kann, trotzdem er längere Zeit latent bleiben mag, in der That nicht, wie Verf. richtig bemerkt, nach 35 Jahren Intervall nach der überstandenen Infektion für eine Cystitis verantwortlich gemacht werden. Es ist vielmehr wahrscheinlich, dass durch den Katheterismus zufällig ein Katarrh auf dieser Basis importirt wurde. Am 9. Tage nach einer Myomotomie stellte sich unter Fieber und Tenesmus ein Blasenkatarrh bei der Pat. ein, welcher den sicheren Nachweis des Bacillus Ebert zuließ. **Loewenhardt** (Breslau).

32) **J. W. Cousins.** Injuries of the bladder in the course of gynaecological operations.

(Brit. med. journ. 1900. Mai 19.)

Verf. theilt einen Fall von theilweiser Gangrän der Blase nach Exstirpation einer im Becken fest verwachsenen Ovarialcyste mit. Am 8. Tage nach der Operation trat eine schwere Cystitis auf, und 3 Tage später fing der Urin an aus dem unteren Winkel der Laparotomiewunde zu entweichen. Am 19. Tage nach der Operation wurde aus der Harnröhre ein nekrotischer Gewebsfetzen von 12 Zoll Länge und $1^1/_4$ Zoll Breite entleert. Danach ging der Urin wieder durch die Harnröhre ab, und in einigen Tagen war auch die Kontinenz wieder hergestellt.

Verf. glaubt, dass eine der vielen nothwendig gewordenen Ligaturen ein Stück der Blase mitgefasst hatte, welches dann der Nekrose anheimfiel.

Bezüglich der gelegentlich vorkommenden sofort wahrzunehmenden Verletzungen der Blase empfiehlt C. die sofortige Blasennaht in 2 Etagen. Die eine Nahtreihe soll durch Mucosa und Submucosa gehen, die zweite die Muscularis und Serosa umfassen. **Weiss** (Düsseldorf).

33) **J. Fontan** (Toulon). Plaie pénétrante de la vessie par coup de couteau à travers l'échancrure sciatique; section de l'artère fessière; ligature; laparotomie; guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 844.)

Der durch einen Messerstich 3 Querfinger breit nach oben und hinten vom linken großen Trochanter schwer verletzte Pat. wurde in einem Zustande hochgradiger Anämie und des Choks ins Hospital gebracht. Aus der Wunde floss Blut von Zeit zu Zeit, eine Sonde drang 10 cm tief ein. Der Leib war aufgetrieben, sehr schmerzhaft, gespannt. Ein in die Blase geführter Katheter entleerte 150 g reines Blut. — Ungewiss, ob eine intra- oder extraperitoneale Blasenwunde vorlag, ob sie durch Verletzung eines anderen Eingeweides komplicirt war, entschloss sich F. zur sofortigen Laparotomie in der Medianlinie. Die Bauchhöhle war frei von Blut, der Darm nicht verletzt. Nach Wiedervernähung des Bauchfelles durch überwendliche Katgutnaht suchte F. die Blasenwunde extraperitoneal auf, fand sie

aber nicht. Eine von der äußeren Wunde eingeführte Sonde drang durch die Incisura ischiadica vor neben dem Mastdarme bis zur hinteren Blasenwand; in die Blase mittels Katheters eingespritzte Borsäure floss in die Beckenhöhle, ohne die Blase auszudehnen. F. stand von weiteren Versuchen, die Wunde der Blase dem Auge bloßzulegen, ab und begnügte sich, seitwärts der Blase tief einen Jodoformgazestreifen einzuführen und zum unteren Winkel der Bauchwand herauszuleiten. Schluss des übrigen Theiles der Bauchwunde. Darauf erweiterte er die Stichwunde am Gesäß, fand den N. glut. sup., aber zunächst nicht die verletzte Art. glut. sup. Eine zwischen dem M. pyriformis und Glutaeus medius vorquellende Blutung deutete darauf hin, dass die Arterie durchschnitten war und sich ins Becken zurückgezogen hatte. Schließlich glückte es durch Zug an einem erhaltenen Zweige der Arterie, den durchschnittenen Stamm herauszuziehen und zu unterbinden. — Pat. genas. **Reichel** (Chemnitz).

34) **F. B. Harrington.** **Hernia of the bladder through the pelvic floor from the traction of a subperitoneal fibroma.**

(Transaction of the American surgical association Vol. 18.)
Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

Die Krankengeschichte dieses interessanten Falles, der mit 2 guten Photogrammen und 3 schematischen, die anatomischen Verhältnisse erläuternden Abbildungen illustrirt ist, ist die folgende:

Die 46jährige ledige Frau wurde 1893 wegen eines Fibroides der linken Schamlippe operirt, das die Größe eines Kindskopfes hatte. Der Stiel der Geschwulst erstreckte sich durch einen Schlitz im Levator ani dicht am Ramus ascendens ossis pubis ins Becken hinein. Ein Jahr später war die Geschwulst recidivirt.

Januar 1899 nach heftigen Leibschmerzen mit Frost und Fieber Retentio urinae. Von der linken Hinterbacke hängt eine große Geschwulst herunter, die nach vorn an eine kleinere, von der linken großen Schamlippe entspringende anstößt. Ein steifer Katheter lässt sich nicht einführen, ein Nélaton muss 8 Zoll tief eingeführt werden, ehe Urin fließt. Drückt man auf die hintere Geschwulst, so entleert sich der Urin schneller; nach der Entleerung misst sie $2^1/_2$ Zoll im Umfange weniger. Per vaginam fühlt man eine Masse, die zwischen der Scheide und dem linken Schambeinaste aus dem Becken ausgetreten ist und sich nicht reponiren lässt.

Operation: Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet sich nur ein kleiner Theil der Blase im Becken, der übrige ist durch die Fasern des Levator ani nach außen getreten. Uterus retrovertirt in Folge von Zug am Lig. vesico-uterinum, sonst unverändert. Die Hand kann durch die Lücke im Beckenboden die Blase umfassen, aber nicht zurückbringen, da sie durch die Geschwulst außen fixirt erhalten wird. Das Bauchfell ist durch den Schlitz mit nach außen gezogen.

Temporärer Schluss der Bauchwunde, Schnitt vom Tuber ischii bis zum oberen Theil des Labium majus. Beide Geschwülste entspringen von einer gemeinsamen Basis. Die Isolirung der Blase und der Geschwulst von einander ist sehr schwierig und gelingt erst, nachdem die Blase mit Luft gefüllt ist. Dieselbe wird nach der Isolirung ins Becken reponirt. Bei derselben wurde unbeabsichtigt die Peritonealhöhle von unten her eröffnet. Die Geschwulst wird exstirpirt. Die Blase zeigt große Neigung, durch die Lücke im Beckenboden wieder vorzufallen. Daher wird nach Exstirpation der Ligg. rotunda, Tuben und Ovarien der Uterus wund gemacht und über der Bruchpforte festgenäht. Dichter Verschluss der Bauchwunde.

Glatte Heilung. Bereits am Tage nach der Operation spontane Miktion. 6 Monate später ist Pat. völlig gesund und geht ihrem Berufe als Köchin nach. Der Uterus liegt noch wie bei Schluss der Operation und verursacht keinerlei Beschwerden.

Die Geschwulst war ein ödematöses diffuses Fibrom.

R. v. Hippel (Dresden).

35) **McPherson.** A case in which movable kidney produced the usual symptoms of hepatic colic.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 5.)

Es handelt sich um eine 39jährige Frau, welche seit 10 Jahren an Beschwerden im Leibe litt. Hauptsächlich klagte sie über anfallsweise auftretende heftige Schmerzen in der Gallenblasengegend, verbunden mit Aufstoßen und Erbrechen; schließlich trat noch Ikterus hinzu. Das Epigastrium war bei Druck intensiv schmerzhaft, irgend ein Tumor war indessen nicht zu fühlen. Die rechte Niere war frei beweglich. Nach ausgeführter Nephrorrhaphie schwanden sämmtliche Erscheinungen. **Weiss** (Düsseldorf).

36) **Payr** (Graz). Beiträge zur Frage der traumatischen Nierenbeweglichkeit.

(Münchener med. Wochenschrift 1900. No. 50 u. 51.)

Wenn auch für viele Fälle von Wanderniere eine allgemeinn Gewebs- und Organdisposition zum Theil kongenitaler Art (mangelhafte oder fehlerhafte Entwicklung der paravertebralen Nischen, des Lagers der Nieren, schwache Entwicklung der Muskeln etc.) zur Erklärung der Ätiologie der Wanderniere herangezogen werden muss, so giebt es doch auch eine Anzahl von Fällen, in denen unabhängig von jener Disposition ein Trauma Nierenbeweglichkeit erzeugt. Allerdings fehlten in diesen bisher Befunde über den Zustand der Nieren vor dem Geschehen des Traumas. Diese Lücke füllen einige Beobachtungen aus der Grazer Klinik aus, in denen eine forcirte, durch anderweitige Erkrankung bedingte Massage der langen Rückenmuskeln, besonders aber der Lenden- und Bauchmuskulatur, zur Entstehung einer Wanderniere geführt, bezw. eine etwas bewegliche Niere zur Wanderniere gemacht hatte, während vor der Einwirkung des als ursächlich beschuldigten Traumas eine solche bei genauester Untersuchung nicht nachgewiesen worden war. P. nimmt an, dass die übertrieben ausgeführte Massage gleich einem Trauma der Lendengegend Adduktionsbewegungen der unteren freien Rippen und dadurch eine Formveränderung der paravertebralen Nischen hervorgerufen, so wie eine Lockerung der Fixationsapparate der Niere, wahrscheinlich auch durch perirenale Blutungen, veranlasst habe. **Kramer** (Glogau).

37) **J. A. H. White.** A case of renal colic attended by the passage of casts of the ureter (Ureteritis membranacea).

(Brit. med. journ. 1901. Januar 5.)

Eine 60jährige Frau litt seit 20 Jahren an Schmerzen in der rechten Lendengegend, welche allmählich an Intensität zunahmen. Seit 3 Jahren haben sich ausgesprochene Kolikanfälle eingestellt. Die Schmerzen beginnen in der rechten Lendengegend und strahlen nach vorn und der rechten Bauchseite hin aus. Während eines solchen Anfalles trat häufig Erbrechen auf, und schließlich blieb ein hochgradiger Erschöpfungszustand zurück.

Bei der ersten Untersuchung war die rechte Niere nicht zu tasten; im neutralen Urin fand sich eine Spur Eiweiß und einige wenige Leukocyten, kein Eiter. Nach einem ausgesprochenen Kolikanfalle reagirte der Urin sauer, enthielt deutlich Eiweiß und einige rothe Blutkörperchen, daneben eine Reihe halb durchsichtiger schleimiger Streifen von ungefähr 1 Zoll Länge. Unter dem Mikroskope präsentirten sich letztere als hohle, langgestreckte cylindrische Gebilde, bestehend aus hellem Schleim, welcher durch einige Fibrinfäden zusammengehalten war. Neben diesen finden sich einige Körnchen und die Überreste einiger Epithelzellen. Wegen der Dünne der Fäden war kaum anzunehmen, dass sie ein irgendwie ernstes mechanisches Hindernis innerhalb des Harnleiters abgegeben hätten.

Die Therapie bestand in Darreichung von Jodkali, welches in so weit Erfolg hatte, als die Zahl der Anfälle, die vorher fast täglich auftraten, sehr herabgesetzt wurde, so dass die Kranke manchmal einen vollen Monat von einem solchen Anfalle verschont blieb. Darreichung von Säuren hatte keinen Erfolg im Gegensatze zu einem von v. Jaksch berichteten Falle.

Bezüglich der Ätiologie glaubt W., dass es sich möglicherweise um einen im Nierenbecken eingekeilten Stein handle, der dann zur Reizung der Harnleiterwand und zu Kontraktion derselben führe. Führt die innere Therapie nicht zum Ziele, dann hält er die probatorische Nephrotomie für indicirt. Als ultimum refugium bleibt die Nephrektomie übrig. Israel war einmal genöthigt, diese Operation wegen des in Rede stehenden Leidens auszuführen. **Weiss** (Düsseldorf).

38) **J. Skála.** Pyonephrosis.

(Časopis lékařů českých 1901. p. 80.)

Es handelte sich um einen 44jährigen Schuster, der vor 9—10 Jahren an akuten Anfällen von Gastroenteritis gelitten hatte, welche stets von Nierenkoliken gefolgt waren; einmal gingen nach einer solchen Konkremente ab. Seit 8 Jahren Brennen am Ende der Miktion; seit 1 Jahr Stechen in der rechten Lendengegend und Harndrang; seit 1 Monat septisches Fieber und bedeutender Kräfteverlust. Man konstatirt eine Geschwulst, die der rechten Niere angehören muss, von elastischer, im unteren Antheile von harter Konsistenz. Die Punktion ergiebt ammoniakalisch riechenden Eiter. Diagnose: Pyonephrosis e lithiasi. Operation am 9. März 1900. Lateraler Längsschnitt vom Rippenbogen zum Darmbeinrande. Der in der Tiefe befindliche Sack wird durch einen Längsschnitt eröffnet, wobei sich $^3/_4$ Liter übelriechenden Eiters entleeren; Ausspülung mit Borwasser. Der Sack ist gleichmäßig dick und weist kleine Reste von Nierengewebe auf. Am Übergange in den Harnleiter sitzt ein eingekeilter, großer Stein. Drainage, Verband. Gelegentlich einer Ausspülung beim Verbandwechsel kommt ein zweiter bohnenförmiger Stein zum Vorscheine. Nach 9 Wochen mit kleiner Fistel entlassen.

Die Steine bestanden zum größten Theil aus phosphorsaurem Kalk, zum kleinsten Theil aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia.

G. Mühlstein (Prag).

39) **E. S. Perman.** Fall af malign njurtumör. Njurexstirpation. Helsa.

(Hygiea Bd. LXII. Hft. 2.)

57jähriger Mann, der seit 3 Monaten eine schnell wachsende Geschwulst in der linken Nierengegend beobachtet hatte. Keine Schmerzen, niemals Hämaturie noch Albumen. Dagegen war das Allgemeinbefinden seit 2 Jahren gestört (Abmagerung $29^1/_2$ kg). Bei der Nephrektomie stieß man auf eine etwa faustgroße Geschwulst, von dem unteren Pole der übrigens normalen Niere ausgehend. Dieselbe platzte bei der Luxation der Niere und zeigte eine gelbgraue, morsche Masse, in der Mitte gefüllt mit einer dunkelrothen breiigen Masse. Die Capsula adiposa war sehr stark entwickelt. Isolirte Ligatur der Hilusgefäße; Massenligatur einiger neugebildeter größerer Gefäße am unteren Theile der Geschwulst. Ungestörte Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Hypernephrom (Struma suprarenalis aberratae renis Grawitz).

In der Epikrise lenkt Verf. die Aufmerksamkeit darauf hin, dass sein Fall wesentliche klinische Unterschiede von den bisher veröffentlichten Hypernephromen darbot. Die bei der Exstirpation noch intakte Geschwulstkapsel hatte den Durchbruch ins Nierenbecken verhindert, daher keine Hämaturie; die Entwicklung war eine sehr rapide, während sie sonst eine sehr langsame zu sein pflegt. Somit ähnelt der Fall mehr den bösartigen Nierengeschwülsten des Kindesalters (embryonalen Adenosarkomen Birch-Hirschfeld's), als den Hypernephromen des Mannesalters. **Hansson** (Cimbrishamn).

40) **P. Linser.** Ein Fall von Dystopia testiculi transversa.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Die von L. beschriebene Missbildung fand sich gelegentlich der Operation eines Scrotalbruches bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde. Beide Hoden lagen in einem gemeinsamen Hohlraume der rechten Scrotalhälfte, hatten normale Größe und

Beschaffenheit; von jedem ging ein Samenstrang aus, der getrennt durch den Leistenkanal verlief. Da der Hode linksseitig fehlte, so dürfte es sich um eine reine Transposition des linken Hodens und Samenstranges gehandelt haben. Die Ursache dieser, bisher nur selten beobachteten Verlagerung sieht Verf. in einer fehlerhaften, einseitigen Anlage beider Hoden, die wahrscheinlich übrigens auch noch mit einer gleichzeitigen Hypo- resp. Aplasie der linken Niere vergesellschaftet war.

Honsell (Tübingen).

41) **T. Annandale.** On the operations for congenitally misplaced and undescended testicle.

(Brit. med. journ. 1901. December 1.)

Verf. hält bei den angeborenen Lagerungsanomalien des Hodens eine möglichst frühzeitige Operation für geboten, um die Funktion des Organs zu retten, die sonst bei Fortbestand der Verlagerung sicher verloren geht. A. hat 3 Fälle von angeborener Verlagerung des Testikels beobachtet. Der Hoden lag stets am Perineum. In einem schon früher veröffentlichten Falle ist es gelungen, den Hoden im Scrotum zu fixiren. (Brit. med. journ. 1879. Januar 4.) Samenstrang und Hoden wurden freigelegt, vorgezogen und alle Stränge, welche den Hoden in seiner fehlerhaften Lage fixirten, sorgfältig durchtrennt. Die entsprechende Seite des Hodensackes wurde eröffnet, der Hode wurde in denselben gelagert und daselbst mittels Nähten fixirt.

Der 2. Fall kam nicht zur Behandlung.

Im 3. Falle — bei einem 16jährigen Jungen — war der kleine rechte Hode nach dem Damme zu verlagert. Bei der Operation fand sich in der rechten Scrotalhälfte ein bruchsackähnliches Gebilde, welches nach Eröffnung sich als Tunica vaginalis ergab. Der Sack war nach oben völlig geschlossen. Von dieser geschlossenen Partie ging nach dem Damme zu ein Divertikel, in welchem der Hode lag. Derselbe ließ sich von da aus nach dem Leistenkanale drängen. Er wurde nach unten gezogen und wie im Falle 1 befestigt. Der größere Theil der Tunica vaginalis wurde exstirpirt.

Bei mangelndem Descensus räth A. ebenfalls, möglichst frühzeitig zu operiren, namentlich wenn der Entwicklungsfehler beiderseitig besteht. Bei der so häufigen Kombination mit einem Bruche ist der Hode bei Erwachsenen zu opfern, um den Verschluss der Bruchpforte zu erzielen. Bei jüngeren Individuen ist er nach Möglichkeit zu erhalten, nur dann allenfalls zu opfern, wenn auf der anderen Seite ein wohl ausgebildeter Hode vorhanden ist. A. führt in diesen Fällen die Fixationsnaht noch durch die Haut des Oberschenkels, um den Zug an dem Hoden besser zu sichern.

Schließlich giebt A. noch die Beschreibung zweier Fälle von angeborenem Mangel eines Hodens. Der Samenstrang endigte in beiden in einem kleinen weichen Körper, der beide Male in Windungen des Vas deferens bestand.

Weiss (Düsseldorf).

42) **J. B. Bullit.** Mammoth ovarian tumors.

(Annals of surgery 1900. Januar.)

Verf. giebt eine Zusammenstellung von 23 Fällen, in denen über 100 Pfund schwere Ovarialtumoren entfernt wurden (das englische Pfund ist 453,6 g schwer). Bei 13 Fällen wird Genesung notirt. Es handelt sich um ein- oder mehrkammerige Cysten, einmal um ein Dermoid. Nähere Angaben über die mikroskopische Struktur fehlen. Verf. fügt einen eigenen Fall hinzu, wo er bei einer 37jährigen Frau eine unilokuläre Cyste von 245 Pfund Schwere entfernte. Tod nach 6 Tagen. Sodann wird ein Fall angeführt, in dem einer Frau aus einer Ovarialcyste durch 171 Punktionen während 46 Jahren (die Frau wurde 80 Jahre alt) im Ganzen 21480 Pfund Flüssigkeit abgezapft wurden.

W. Hirt (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, **F. König**, **E. Richter**,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. Sonnabend, den 20. April. 1901.

Inhalt: R. Pichler, Über den Werth des Aluminiumbronzedrahtes in der Chirurgie. (Original-Mittheilung.)

1) **Kocher** u. **de Quervain,** Encyklopädie der Chirurgie. — 2) **v. Leyden** u. **Klemperer,** Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. — 3) **Bier,** Die Entstehung des Kollateralkreislaufes. — 4) **Navratil,** Sklerom. — 5) **Sellei,** Leukoplakie. — 6) **Burrows,** Diphtherie. — 7) **v. Hippel,** Kehlkopfexstirpation. — 8) **v. Oppel,** Fremdkörper im Herzen. — 9) **Chlumský,** Trichterbrust.

Y. Miwa, Über einen Fall von Pneumatosis cystoides intestinorum hominis nach Prof. Dr. E. Hahn. (Original-Mittheilung.)

10) Kongress der Gesellschaft russischer Chirurgen. — 11) **Sakchejew,** 12) **Ruault,** Fremdkörper in der Nase. — 13) **Toubert,** Sinusitis sphenoidalis. — 14) **Liaras,** Zahn im Sinus maxillaris. — 15) **Thöle,** Mucoidcyste in der Fossa canina. — 16) **Ratimow,** Lymphangiom des weichen Gaumens. — 17) **Berndt,** Knochenersatz nach Unterkieferresektion. — 18) **Schmidt,** Unterkieferankylose. — 19) **Thöle,** Durchtrennung des Ductus thoracicus. — 20) **Reichard,** Perikarditis. — 21) **Pels-Leusden,** Aortenaneurysma.

(Aus der Breslauer chirurgischen Klinik des Prof. Dr. v. Mikulicz.)

Über den Werth des Aluminiumbronzedrahtes in der Chirurgie.

Von

Dr. **Rudolf Pichler,** Volontärarzt der Klinik.

In Anbetracht dessen, dass die Verwendung des Aluminiumbronzedrahtes in der Chirurgie trotz der bezüglichen Arbeiten von Hägler und Troller durchaus noch nicht so allgemein ist, wie es der Verwendbarkeit und Billigkeit dieses Materiales entspricht, dürften einige kurze Bemerkungen darüber vielleicht nicht ganz überflüssig sein.

Die wichtigste, gleichzeitig aber auch wohl am wenigsten bekannte Eigenschaft des Aluminiumbronzedrahtes, seiner Zusammensetzung nach aus ungefähr 85% Kupfer und 5% Aluminium bestehend,

ist sein eigenthümliches Verhalten gegen Bakterien. Zu dem Unvermögen, Flüssigkeiten fortzuleiten, was ja naturgemäß jedem Metalldraht zukommt, kommt noch ein verhältnismäßig hoher antiseptischer Werth. Durch die Erfahrungen von Halsted und Credé an metallischem Silber veranlasst, untersuchte ich im Auftrage des Herrn Geh.-Rathes v. Mikulicz mehrere Metalle in Bezug auf ihr Verhalten gegen die gewöhnlichen Eitererreger. Es wurden Petri'sche Schalen mit Agarkulturen von Staphylococcus aureus und albus, Streptococcus pyogenus, Mikrococcus tetragenus, Bact. coli commune und Kaninchensepthämiebacillus beschickt und auf die erstarrten inficirten Nährböden eine Anzahl verschiedener Metalldrähte gebracht; in anderen Schalen wieder wurden die Drähte mit dem inficirten Materiale überschichtet. Die Prüfung bezog sich auf folgende Metalle: Silber, Kupfer, Aluminium, Aluminiumbronze, Messing, Eisen, Magnesium, Magnalium. Nach 24 Stunden zeigte sich auf den Platten ein regelmäßiges Wachsthum der gesäten Bakterien, nur um einzelne der Drähte waren mehr oder weniger scharf umschriebene Zonen frei von Kulturen geblieben. Am breitesten waren diese Zonen um den Kupferdraht, etwas weniger breit um den Aluminiumbronzedraht und noch weniger breit um den Silberdraht herum. Von den anderen Metallen zeigte nur noch das von E. Payer in die Chirurgie eingeführte Magnalium eine erheblich kolonienfreie Umgebung.

Weitere Versuche ergaben nun noch etwa Folgendes: Nicht in allen Fällen kommt es bei den genannten Drähten, besonders beim Silber- und Aluminiumbronzedraht, zur Bildung scharf umschriebener deutlich sichtbarer bakterienfreier Zonen, sondern oft sind die Kolonien in einer gewissen Umgebung des Drahtes weniger dicht, oder sie sind auffallend kleiner, weniger üppig als die übrigen. Oft ist dieser Unterschied kaum mit unbewaffnetem Auge erkennbar, wohl aber bei schwacher Vergrößerung. Zum mindesten eine solche Hemmungswirkung auf die Entwicklung der Kolonien war in allen Fällen auf den mit Staphylococcus albus und aureus, Streptococcus pyogenes und Mikrococcus tetragenus zu konstatiren. Am empfindlichsten scheint Staphylococcus albus und Mikrococcus tetragenus zu sein; doch macht sich auch hier ein Unterschied zwischen verschiedenen Stämmen derselben Art geltend; nicht alle werden in gleich hohem Maße beeinflusst. Mit üppig wachsenden Arten, wie Kaninchensepthämie, Bact. coli, misslang der Versuch vollkommen. Auch auf sehr dicht gesäeten Platten von Staphylococcus albus war die Wachsthumshemmung wiederholt nur ganz geringfügig. Nicht gleichgültig scheint es ferner zu sein, ob man ganz neuen, noch glänzenden Aluminiumbronzedraht oder ob man durch wiederholtes Kochen und längeres Liegen oberflächlich veränderten Draht verwendet; letzterem ist im Allgemeinen hier der Vorzug einzuräumen.

Der Befund intrakutan gelegener Nahtschlingen aus Aluminiumbronzedraht entspricht im Großen und Ganzen den eben ausgeführten

Resultaten; die einschlägigen ausgedehnten Untersuchungen aus dem reichen Materiale der Klinik harren noch der Veröffentlichung.

Jedenfalls hat an unserer Klinik der Aluminiumbronzedraht den Silberdraht vollständig verdrängt und findet besonders da ausgiebigen Gebrauch, wo eine nachträgliche Infektion des Stichkanals von der Haut aus zu erwarten ist, und zwar einmal in den unvollkommen desinficirbaren Gebieten des Dammes, der Scrotal- und Leistengegend, der Lippe und dann dort, wo die genähte Haut einer starken Spannung ausgesetzt ist und die Nähte längere Zeit, selbst eine Reihe von Wochen, liegen bleiben sollen.

---

1) **Th. Kocher** und **F. de Quervain.** Encyklopädie der gesammten Chirurgie. Lief. 1.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1901.

»Die Encyklopädie der Chirurgie ist bestimmt, dem Arzte in möglichst knapper Form eine Übersicht über den jetzigen Stand unserer Wissenschaft und Kunst zu geben.« Die Herausgeber haben zu dem Zwecke eine große Anzahl der tüchtigsten Mitarbeiter gewonnen, die alle mit dem von ihnen behandelten Gegenstande und mit der neusten Litteratur über denselben völlig vertraut sind, und gedenken das Werk in 25 Lieferungen zu je 3 Bogen fertig zu stellen.

Die auf den vorliegenden ersten 3 Bogen erschienenen Artikel zeichnen sich alle durch vollste Wissenschaftlichkeit aus. Fragen der allgemeinen wie der speciellen Chirurgie sind gleichmäßig knapp, aber gründlich abgehandelt; normale und pathologische Anatomie, Haut- und Frauenkrankheiten, Vergiftungen, Pharmakologie und Bäderlehre finden genügende Berücksichtigung, so dass der praktische Arzt nach den verschiedensten Richtungen hin sich über Kranke mit chirurgischen Leiden Rath holen kann. — Die Ausstattung ist tadellos.

Nach Allem lässt sich erwarten, dass die Encyklopädie der Chirurgie ihre Bestimmung voll erfüllen wird. **Richter** (Breslau).

---

2) **E. v. Leyden** und **F. Klemperer.** Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts; in akademischen Vorlesungen. Lief. 1—3.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1901. Mit Illustrationen und Tafeln.

Nach dem Prospekte der Verlagshandlung wendet sich das vorstehende Unternehmen vornehmlich an die Ärzte und will ihnen in einer Anzahl klinischer Vorträge über alle wissenschaftlichen, diagnostischen, therapeutischen und technischen Fortschritte der Medicin, so weit sie für die Praxis von Bedeutung sind, Bericht erstatten, wobei das Hauptgewicht auf alles Neue gelegt werden soll, so fern

es von Werth ist und für den Arzt brauchbar und interessant. Dieser soll mit dem Werke ein getreues lebensvolles Bild der deutschen Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts erhalten. Der Umfang desselben ist auf etwa 10 Bände von je ca. 40 Druckbogen in Aussicht genommen, etwa 150 Vorträgen entsprechend; eine spätere Weiterführung ist nicht ausgeschlossen. Die Ausgabe geschieht in Lieferungen von ca. 4 Bogen Stärke zum Preise von 1,60 *M*.

Band VIII ist speciell für chirurgische Themata reservirt, doch wird die Chirurgie bei dem engen Zusammenhange der verschiedensten Abschnitte der Medicin natürlich in allen Bänden die nöthige Berücksichtigung finden. Die Namen der Mitarbeiter in allen Fächern gehören zu den angesehensten der deutschen Docenten und Praktiker.

Der das ganze Werk einleitende Vortrag v. L.'s giebt ein interessantes Bild über die Entwicklung der Klinik und namentlich der Heilkunst in den letzten 100 Jahren. Die weiteren behandeln Kapitel der allgemeinen Pathologie und Therapie und solche der inneren Medicin. Sie alle stehen natürlich auf dem Standpunkte der neuesten Forschungen und wahren den Charakter des Vortrags in so fern, als sie ihren reichen Inhalt in anregender, fließender Sprache wiedergeben.

Dem Werke dürfte eine weite Verbreitung in Aussicht zu stellen sein. **Richter** (Breslau).

---

3) **A. Bier.** Die Entstehung des Kollateralkreislaufes. Th. I: Der arterielle Kollateralkreislauf. Th. II: Der Rückfluss des Blutes aus ischämischen Körpertheilen[1].

(Virchow's Archiv Bd. CXLVII. p. 256; Bd. CLIII. p. 306.)

Verf. bespricht zuerst die zahlreichen, sich sehr widersprechenden Theorien über die Entstehung des Kollateralkreislaufes und stellt danach die Frage auf: Macht eine irgend wie erzeugte Anämie, vorausgesetzt, dass die Gefäßbahnen zu dem anämischen Gebiete erhalten sind, unter allen Umständen eine Hyperämie, wenn die verschlossenen Gefäßbahnen wieder für Blut durchgängig werden? Durch zahlreiche Versuche an äußeren Körpertheilen höherer Thiere kommt er dann zu folgendem Resultate: Das anämische Gewebe lockt ganz unabhängig vom Centralnervensysteme (also entgegengesetzt den früheren Ansichten hierüber), so fern überhaupt noch eine gewisse Anzahl arterieller Bahnen, selbst solche von geringer Ausdehnung, dorthin führen, mit großer Kraft arterielles Blut an. Die Stärke und Dauer der Hyperämie hängen von 2 Dingen ab; 1) von der Dauer der voraufgehenden Anämie, 2) von der Vollständigkeit der Absperrung des arteriellen Blutstromes. Die Hyperämie tritt selbst bei sehr bedeutenden vorübergehenden Kreislaufstörungen nicht ein, wenn durch andere Gefäßbahnen noch genügend arterielles Blut

[1] Anmerkung. Seinerzeit bei dem Referentenwechsel übersehen, erfährt die Arbeit hier eine nachträgliche Besprechung. Red.



zugeführt wird; sie tritt nur unvollständig ein, wenn zwar etwas, aber nicht genügend viel Blut noch zu den anämischen Geweben kam. Offenbar entsteht diese reaktive Hyperämie durch ein gewaltige Herabsetzung der Widerstände in den kleinen Gefäßen und vielleicht auch in allen anderen Gewebstheilen, deren elastische Spannung wohl durch die Anämie herabgemindert wird.

Dass die Herabsetzung der Strömungswiderstände in anämisch gewesenen Geweben ganz außerordentlich stark ist, wird ebenfalls durch Versuche erläutert.

Verf. bezeichnet, aus praktischen Gründen, diese Selbstregelung des Blutzuflusses als das Blutgefühl der Gewebe, welchem, wie er glaubt, eine sehr wichtige Rolle bei den äußeren Körpertheilen zufällt; denn es muss alle möglichen, durch äußere Verletzungen, Druck etc. hervorgerufenen Kreislaufstörungen schnell und sicher wieder ausgleichen. Wenn durch äußere Schädlichkeiten hervorgerufene Kreislaufstörungen nicht sofort wahrgenommen und ausgeglichen werden, so kann man dies gewissermaßen als eine Lähmung des Blutgefühls auffassen.

Versuche an Eingeweiden. Zuerst wird hier die Thatsache festgestellt und durch systematische Versuche (Ligatur des Mesenteriums dicht am Darme), so wie Beobachtungen bei Operationen erhärtet, dass der Darm gegen Ernährungsstörungen äußerst empfindlich ist. Ferner wird eine ganze Reihe von Ursachen aufgeführt, welche allein am Darme eine starke Hyperämie hervorzubringen im Stande sind: 1) Druckverhältnisse, 2) Berührung mit der Luft, 3) Füllungszustand. Unter Berücksichtigung dieser Umstände schließt Verf. aus seinen Versuchen, dass dem Dünndarme das Blutgefühl in dem Sinne fehlt, in welchem es den äußeren Körpertheilen zugesprochen wurde. Ist diese Ansicht, dass das Blutgefühl das entscheidende Mittel für das Zustandekommen des Kollateralkreislaufes ist, richtig, so erklärt sich das räthselhafte Brandigwerden des Darmes trotz sehr reichlicher Kollateralbahnen von selbst. Wahrscheinlich bedarf der Darm, weil durch seine Lage im Innern des Körpers, seine Schlüpfrigkeit und Beweglichkeit vor Schädlichkeiten hinreichend geschützt, jener Sicherheitsmaßregeln nicht.

Zum Schlusse dieses Kapitels folgen noch Versuche über das Verhalten des Blutgefühls am Magen, Dickdarm, Niere und Milz; dieselben haben jedoch zum Theil unbestimmte und unsichere Resultate ergeben.

Der endgültige arterielle Kollateralkreislauf wird dann zum Schlusse des I. Theiles behandelt, wobei Verf. zur Besprechung der Frage kommt, ob eine vermehrte Durchströmung mit Blut Hypertrophie hervorbringt. Seit Langem war es ein Lieblingsgedanke des Verf., das Blut im Körper lenken zu können wohin er es haben wollte. Er dachte einerseits Krankheiten heilen und andererseits schlecht ernährte und welke Glieder dadurch aufbessern zu können. Das Erstere ist ihm wenigstens für die Gelenktuberkulose durch die viel-

fach angewandte Stauungshyperämie in einem befriedigenden Grade gelungen, das Letztere dagegen vollkommen misslungen.

An einzelnen Beispielen und Versuchen wird dann erläutert, dass arterielle Hyperämie noch keineswegs Hypertrophie hervorruft, eben so wenig wie starke venöse Hyperämie eine Überernährung bewirkt.

Die Ausbildung des endgültigen Kollateralkreislaufes fällt unter ein allgemein biologisches Gesetz, welches lautet: Wo an ein Gewebe innerhalb physiologisch möglicher Grenzen erhöhte Anforderungen gestellt werden, da hypertrophirt es. Die in Folge dessen an den verschiedensten Organen und Geweben entstehende Hypertrophie ist nicht eine Folge der Hyperämie, sondern Hypertrophie und Hyperämie sind beide die Folge eines gänzlich unbekannten Lebensvorganges.

Im zweiten Theile sucht Verf. durch Beobachtungen und Versuche an Menschen und Thieren klar zu machen, wesshalb äußere Körpertheile nach schweren arteriellen Sperrungen blass bleiben und nicht sofort mit venösem Blute voll laufen. Denn nach theoretischen Erwägungen und einfachen hydraulischen Gesetzen müsste doch eigentlich das Blut aus den Kapillaren anderer Körpertheile in die Adern des anämischen Gebietes, als an den Ort des geringsten Widerstandes hineinfließen, zumal da alle Kapillaren äußerer Körpertheile ein zusammenhängendes Netz bilden.

Diese Theorie und Gesetze stimmen nur für die Eingeweide, wie dies Verf. durch seine Versuche, besonders an der Niere, darlegt. Bei den äußeren Körpertheilen dagegen ist gerade das Gegentheil der Fall: diese laufen nach arteriellen Sperrungen nicht mit Blut voll und werden nicht blau, sondern bleiben blass. Und wenn sich an solchen Theilen später Merkmale venöser Stauung einstellen sollten, wenn sie blau und ödematös werden, so ist dies ein Zeichen des herannahenden Gewebetodes. Es wird ferner durch jene Versuche bewiesen, dass es unrichtig ist, von einer Erschlaffung und Erweiterung der Gefäße in Folge von Unterbrechung des Blutstromes zu reden.

In den Schlussfolgerungen sagt Verf.: Sobald an einem äußeren Körpertheile eine Kreislaufsstörung eintritt, entsteht daselbst sofort in den kleinen Gefäßen eine gewaltige Herabsetzung der Widerstände für den arteriellen Blutstrom, welcher das Blut mit sehr großer Schnelligkeit nach diesem Orte hinfließen lässt. Ist die arterielle Zufuhr ganz aufgehoben, so wehren sich die kleinen Gefäße gegen das Einlaufen von venösem Blute, ist sie so spärlich, dass die Triebkraft zum Fortbewegen des Blutes in dem weiten Stromgebiete der kleinen Gefäße nicht ausreicht, so tritt keineswegs eine Blutstockung und venöse Hyperämie auf, sondern die kleinen Gefäße befördern durch selbständige Bewegung das Blut in der Richtung nach den Venen hin weiter.

Die selbständige Regelung des Kreislaufes liegt hauptsächlich den Kapillaren ob, und zwar aus folgenden Gründen: 1) liegt der Hauptwiderstand für das strömende Blut in den kleinsten Gefäßen; 2) würde bei sehr spärlichem Zufluss eine Verringerung des Widerstandes in den Arterien ohne Betheiligung der Kapillaren das Gegentheil von dem zu Folge haben, was die Natur erstrebt, nämlich eine Verlangsamung des Blutstromes. Denn eine Erweiterung des Strombettes bei vermindertem Drucke von der einen und gleichbleibenden Widerständen auf der anderen Seite muss dies selbstverständlich zur Folge haben. **Fertig** (Göttingen).

---

4) **E. Navratil.** Le traitement opératoire du sclérome.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhin. 1900. No. 47.)

In Anbetracht der geringen Erfolge, welche bei der Behandlung des Skleroms mittels Kauterisation, Bougierung und anderer Behandlungsmethoden erzielt werden, tritt Verf. für ein energisches operatives Vorgehen ein. In den Fällen, in welchen die Haut, der Knorpel und die Nasenmuscheln erhalten werden können, spaltet er die Nase in der Mittellinie, um so einen genügenden Überblick zu erhalten; er entfernt die erkrankten Partien und schließt die Wunde durch Naht. Sind dagegen äußere Haut, Knorpel und Knochen mit ergriffen, so entfernt er auch diese und deckt die Lücken mittels eines aus der Stirn entnommenen Haut-Periostlappens, event. unter Hinzunahme der Lamina externa des Stirnbeines. Bei Kehlkopfsklerom führt Verf. nach vorausgegangener Tracheotomie die Laryngofissur aus; entstehen hierbei durch Exstirpation der krankhaften Partien große Schleimhautdefekte, so deckt er dieselben mittels Thiersch-scher Transplantation. Eventuell entfernt er auch afficirte Drüsen, kurz er empfiehlt dasselbe energische Vorgehen, wie beim Carcinom. Auf diese Weise wurden 8 Fälle operirt, davon 7 mit günstigem Ausgange. **F. Alexander** (Straßburg i/E.).

---

5) **J. Sellei.** Über den heutigen Stand der Lehre der Leukoplakie (Schwimmer).

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXII. Hft. 1.)

S. bespricht, ohne im Wesentlichen Neues zu bringen, die von Schwimmer als Leukoplakie bezeichnete und näher charakterisirte Affektion der Mundschleimhaut; in dem noch immer herrschenden Streite, ob diese Affektion — wie vor Allem die Franzosen behaupten — mit der Syphilis in kausalem Zusammenhange steht oder nicht, stellt sich Verf. streng auf den Standpunkt, dass sie zur Lues keine Beziehung hat. Eben so leugnet er — wie der Ref. glaubt, mit Recht — im Gegensatze zu einigen neueren Arbeiten jeden Zusammenhang mit der Psoriasis vulgaris. Er betont die Häufigkeit des Überganges in Carcinom (welche aber doch wohl nicht so groß ist, da die Leukoplakie der Zunge gewiss sehr viel häufiger ist, als die Carcinome).

Jadassohn (Bern).

---

6) **F. G. Burrows.** A clinical study of diphtheria. 2093 cases treated by the writer at the Boston city hospital.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Februar.)

Es ist nicht möglich, auf die Einzelheiten dieser sorgfältigen statistischen Arbeit einzugehen; sie bestätigt die aller Orten gemachten günstigen Erfahrungen mit dem Heilserum. Unter seinem Einflusse sank die Mortalität an dem Boston city hospital von 45,3% auf 12,23%.

Hinsichtlich der Anwendung des Serums sei nur erwähnt, dass dasselbe so frühzeitig wie möglich, in großen Dosen und häufig (meist alle 4 Stunden, so lange erforderlich) gegeben wurde. Außerdem wurde ausgiebig Alkohol als Reizmittel verabfolgt, selten Digitalis. Die Nierenthätigkeit wurde in geeigneten Fällen durch heiße Packungen und Magnesiumsulphat angeregt. Die intubirten Pat. wurden im Sitzen mit Schlundsonde ernährt; bei hartnäckigem Erbrechen wurde Rectalernährung eingeleitet.

Auffallend ist, dass in einer Arbeit, die der Wirksamkeit des Diphtherieserums gilt, der Name Behring überhaupt nicht erwähnt, das Verdienst der wissenschaftlichen Begründung und Einführung der Serumtherapie vielmehr ausschließlich Roux und der Pasteur-schen Schule zugeschrieben wird. (Ref.) **R. v. Hippel** (Dresden).

---

7) **R. v. Hippel.** Zur Totalexstirpation des Kehlkopfes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Die aseptische Wundbehandlung hat keinen wesentlichen Einfluss auf die Besserung der Resultate für die Totalexstirpation des Kehlkopfes gehabt. Man sucht desshalb mannigfache Verbesserungen der Technik einzuführen. So beschränkte sich Kocher unter Anwendung der lokalen Anästhesie und der Tamponade nach präliminarer Tracheotomie auf die partielle Exstirpation, so weit das nur möglich war. Weitere Verbesserungen brachte die genau abschließende Naht des Rachens in einer oder mehreren Etagen (Bardenheuer, Poppert, Rotter) und die Durchtrennung der Luftröhre mit Herausnähen des unteren Endes in die Wunde (Gluck). Dadurch wurde in der That auch eine starke Herabminderung der Sterblichkeit bei dieser Operation erzielt. Einen weiteren Fortschritt schien nun die von Foederl vorgeschlagene Modifikation des Eingriffes zu bedeuten, welche darin besteht, dass man den Stumpf der Luftröhre mit dem Zungenbeine, der Basis des Kehldeckels und den aryepiglottischen Falten in Verbindung bringt, durch einige starke Nähte eine cirkuläre Vereinigung erzielt und so die Luftwege in ihrer Kontinuität wieder herstellt. Die großen Vortheile eines solchen Verfahrens liegen auf der Hand. v. H. operirte nun nach dieser Methode einen Fall von Sarkom des Kehlkopfes, kommt aber nach Schilderung seines Kranken- und Operationsberichtes zu dem Schlusse, dass er diese Methode nie wieder anwenden würde wegen der mit ihr ver-

bundenen Gefahren des Reißens der Trachealnaht, der Eiterung in der Wunde und der Gangrän des Luftröhrenstumpfes. Der Pat. des Verf. ist durch die anscheinend doch zu große Spannung bei dem Heraufnähen der Luftröhre gegen das Zungenbein etc. in schwere Lebensgefahr gerathen, da die Gangränescirung der Nahtstelle und Umgebung es dahin brachte, dass eine große, mit dem Schlundrohre kommunicirende, vom Kehldeckel bis zur Kanülenöffnung reichende Eiterhöhle gebildet ward. Nur der sorgfältigsten Pflege gelang es, den Pat. am Leben zu erhalten; er musste sich einer Nachoperation unterziehen und war nach Monaten so weit wie ein nach Gluck Operirter nach einigen Wochen. Verf. ist nun der Ansicht, dass sein im Verhältnisse zu Foederl's Publikation schlechtes Resultat nicht [etwa Fehlern der Technik bei dieser von ihm ausgeführten Operation zuzuschreiben sei, sondern dass die Methode eben als eine unzuverlässige und gefährliche die Komplikationen verschuldet habe.

Erwähnt sei noch, dass der Fall auch als Sarkom des Kehlkopfes, der selteneren Form der bösartigen Kehlkopfgeschwülste, interessant ist. Die Geschwulst entsprach der zweiten von Bergeat aufgestellten Kategorie der Kehlkopfsarkome, dem hinsichtlich seines Charakters zwischen den gutartigen Spindelzellensarkomen und den sehr bösartigen Alveolarsarkomen stehenden Rundzellensarkom.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

8) **W. A. v. Oppel.** Beitrag zur Frage der Fremdkörper im Herzen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Bei seinen experimentellen Studien fand O., dass die Einführung einer Nadel in das Herz der Versuchsthiere bei gleichzeitiger Freilegung desselben weit verderblicher wirkte als ohne Freilegung des Organes. Die Bloßlegung des Herzens an sich ohne Läsion desselben wird gut ertragen. Der Theil der Nadel, der in das Perikard zu liegen kommt, wird eingekapselt. Vom visceralen Blatte des Herzbeutels aus sieht man um den Eintrittspunkt der Nadel häufig fungiforme Wucherungen entstehen, die bei der mikroskopischen Untersuchung sich als endothelüberzogene kleine Polypen darstellen. Bezüglich des Wanderns der Nadeln, das allgemein angenommen wird, ist Verf. der Anschauung, dass dies nicht statt hat, so fern eine in das Herz eingestoßene Nadel noch aus demselben herausreicht, z. B. in den Interkostalraum. Einige angeführte Experimente sprechen allerdings ziemlich deutlich für die Berechtigung dieser Ansicht des Autors. Wie beim Thiere ist natürlich auch für den Menschen das Wandern in das Herz eingedrungener Nadeln nicht anzunehmen. Um diejenigen Theile der Nadeln, welche das Endothel des Endokards verletzen, werden weiße Thromben gebildet. Aseptische kalte Stahlnadeln bedingen keine Blutgerinnung, dagegen veranlasst eine heiße Nadel unter günstigen Verhältnissen die Bildung

rother Thromben. Nadeln, welche quer durch die Herzhöhlen liegen, verursachen leichter das Anlegen weißer Thromben. Allmählich wird eine solche querliegende Nadel von einer bindegewebigen Scheide eingekapselt. Solche Nadeln, welche, in den Herzhöhlen liegend, bei den Kontraktionen des Muskels die gegenüberliegende Wand stets anstechen, führen zu einer experimentellen, verrukösen Endokarditis. Tödliche Blutungen werden durch die Nadeln kaum je verursacht. In der ersten Zeit nach der Einführung einer Nadel in das Herzgebiet ist die Lage des verletzten Menschen viel gefährlicher als die kleinerer Thiere. Perikarditis, kleine Blutungen in der Muskulatur und degenerative Zustände führten häufig zum Tode der Versuchsthiere. Als beste Methoden für die Freilegung des Herzens sind nach des Verf.'s Ansicht diejenigen Verfahren anzusehen, welche es durch das Brustbein hindurch bloßlegen.

Bezüglich der Frage, ob Nadeln im Herzen Indikation zu operativem Vorgehen geben, ist O. der Ansicht, dass Nadeln, deren stumpfes Ende man durch die Weichtheile fühlen kann, extrahirt werden sollen. Dieser Eingriff zieht in den weitaus meisten Fällen keine Blutung nach sich und ist je eher desto besser auszuführen. Aber auch diejenigen Nadeln, welche nicht fühlbar sind, sollen, so fern die Diagnose event. durch Röntgenaufnahme festgestellt ist, so bald als möglich, selbst mit Freilegung des Herzens, wo das nothwendig sein sollte, herausgeholt werden. Je länger man zögert, um so mehr wächst die Gefahr einer Blutung. Nach einem Tage noch konnte Verf. bei seinen Versuchen die Nadeln ungestört herausnehmen, am dritten Tage dagegen entstand schon eine profuse Blutung, an der das Kaninchen zu Grunde ging. Auch die Bloßlegung des Herzens soll in diesen späten Zeiten nichts mehr nützen. Das bisher geübte expektative Verfahren hält Verf. weder durch theoretische Überlegungen noch durch die Erfahrungsthatsachen für gerechtfertigt. Die Extraktion größerer Fremdkörper kann natürlich nur nach vorheriger Freilegung des Herzens erfolgen, während die Frage der Freilegung desselben bei Nadelextraktion von der Besonderheit des Falles abhängt. Erwähnt sei noch, dass unter günstigen Bedingungen Nadeln in Herzen von Menschen und Thieren einheilen können.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

9) **Chlumský.** Über die Trichterbrust.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Nach einer zusammenfassenden und erschöpfenden Darstellung der anatomischen und klinischen Verhältnisse mit Hilfe der Litteratur berichtet Verf. über 5 Pat. Hoffa's im Alter von 3—12 Jahren, welche außer mit anderen Gebrechen auch mit Trichterbrust behaftet waren. 3 Pat. waren Geschwister. Nach Angabe des Verf. wurden gute therapeutische Resultate erzielt durch Athmungsgymnastik (Exspiration bei seitlicher Kompression des Thorax und Üben im Trompetenblasen), durch Zug an Heftpflasterstreifen, welche in den Grund

der Vertiefung eingeklebt wurden, und durch luftleer anliegende Schalen. **J. Riedinger** (Würzburg).

Kleinere Mittheilungen.

Über einen Fall von Pneumatosis cystoides intestinorum hominis nach Prof. Dr. E. Hahn[1].

Von

Dr. Y. **Miwa** in der chirurg. Klinik zu Chiba (Japan),
früher Hospitant der v. Mikulicz'schen Klinik.

Am 27. März 1899 befand ich mich beim Herrn Prof. Dr. E. Hahn im Friedrichshain-Hospitale zu Berlin. Derselbe laparotomirte damals einen Mann. Als er das Peritoneum eröffnete, trat eine Darmschlinge zu Tage, die mit einer großen Zahl kleiner Luftbläschen besät war. Prof. Hahn erklärte, er sehe diese Krankheit zum 1. Male. Auch mir war sie neu. Im vorigen Jahre aber habe ich bei der Sektion eines von mir behandelten Kranken zufällig einen ganz ähnlichen Fall beobachtet, bei dem auch die Darmfläche mit Luftbläschen bedeckt war. Die Krankengeschichte des Falles folgt hiermit:

J. Nakamura, 42 Jahre alt, Schmied. Der Vater lebt noch, 82 Jahre alt, und ist gesund. Die Mutter ist längst gestorben, angeblich an Gelenkrheumatismus. Von 2 Brüdern ist der eine jung gestorben, der andere lebt noch, ist aber schwächlich. Pat. selbst hat in der Kinderzeit Masern durchgemacht. Seit 12 Jahren leidet er am Magen (chronischem Magen-Darmkatarrh?). Vor 4 Jahren hat er angeblich eine Peritonitis durchgemacht, die nach 6 Monaten heilte. Dann bekam er angeblich Muskelentzündung am Gesäß, so dass er gar nicht gehen konnte. Kurz nachher schwoll die linke Inguinalgegend an (Kongestionsabscess?); es eröffnete sich hier spontan ein Abscess und entleerte $1/2$ Liter Eiter.

Am 20. December 1899 wurde Pat. in die chirurgische Station zu Chiba aufgenommen.

Status praesens: Schlecht genährter, mittelgroßer Mann. Hautfarbe blass, schmutzig. In der Nähe der Spina anterior sinistra 3 Fisteln, die alle reichlich dünnflüssigen, flockigen, aber wenig stinkenden Eiter absondern. Im Eiter Tuberkelbacillen nicht zu finden. Die Sonde dringt durch die Fisteln auf kariösen Knochen. In beiden Lungen Spitzenkatarrh; wenig Husten, wenig Auswurf. Appetit schlecht, ab und zu Brechneigung, Übelkeit, saures Aufstoßen. Der dilatirte Magen reicht bis zum Nabel. Stuhlgang träge.

Diagnose: Tuberkulöse Darmbeincaries, vielleicht Pylorusstenose.

Verlauf: Am 4. Januar 1900. Unterleib aufgetrieben, tympanitischer Schall. Gefühl von Vollsein im Magen. Etwas Leibschmerz, Erbrechen.

19. Januar 1900 wird ca. $1/2$ Liter braune Flüssigkeit erbrochen. Seit 6 Tagen Verstopfung. Temperatur 36,9° C.

8. Februar 1900. Magen stärker dilatirt, reicht bis 3 Finger unterhalb des Nabels. Magengegend gar nicht zu fühlen, keine Geschwulst zu tasten. Verdacht auf Magencarcinom. Im untersuchten Mageninhalte kein Blut, aber Säure vorhanden, Säuregehalt normal. Mikroskopisch keine Carcinomzellen. Sichere Diagnose nicht zu stellen.

9. März 1900. Seit 7 Tagen Verstopfung; Seifenwasserklystier erfolglos gegeben; 10 g Glycerinklystier fördert einige Klümpchen harter Kothmasse. Temperatur 38,4° C., Puls schwach.

---

[1] Prof. Dr. Eugen Hahn, Über Pneumatosis cystoides intestinorum hominis und einen durch Laparotomie behandelten Fall. Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 40. S. Referat im Centralblatte für Chirurgie 1900. p. 448).

11. März 1900. Morgens 6 Uhr Temperatur 35,9° C., Puls sehr schwach, gegen 10 Uhr Morgens Tod.

Sektion 11. März 1900 Nachmittags 3 Uhr (Prof. Dr. H. Tsutsni).

Anatomische Diagnose: Lungenphthise, Ulcus ventriculi, Pylorusstenose, Darmbeincaries; bisher (in Japan) unbekannte Entwicklung eigenthümlicher Luftbläschen auf der Darmfläche.

Diese Bläschen sitzen am Krummdarme, sowohl in der Serosa wie der Submucosa, mehr aber serosaseits. Sie sitzen dicht neben und auf einander und variiren in Größe zwischen Hanfkorn und Taubenei. An der Stelle, wo dieses Luftbläschen sitzt, ist das Darmlumen stark verengt. Die ergriffene Krummdarmschlinge hat eine Länge von ca. 30 cm. Zwölffingerdarm, Mastdarm, Peritoneum, Harnblase etc. sind frei von Bläschen. Bei Fingerdruck zerplatzen die Bläschen unter einem Knalle. Die in ihnen enthaltene Luft stinkt nicht, brennt auch nicht. Die Bläschen sitzen breit auf, sind nicht gestielt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab der Luftbläscheninhalt keine charakteristischen Bakterien. In Zucker-Agarkultur wirkte er gasbildend. — Thierversuche (intraperitoneale Kultur bei 2 Kaninchen und 2 Hunden) fielen negativ aus.

Chiba, 16. Februar 1901.

---

10) Bericht über den I. Kongress der Gesellschaft russischer Chirurgen in Moskau vom 9.—11. Januar 1901.

Referirt von E. Thal.

1) A. Martinoff (Moskau). Über die »Phlegmone ligneux«.

Vortr. berichtet über 4 Fälle chronischer Schwellungen des Unterhautgewebes von holzähnlicher Konsistenz (»Phlegmone ligneux« nach Réclus), von welchen 3 am Halse, 1 am Unterleibe lokalisirt war und hier mit der Blase fest zusammenhing. Diese Geschwulst wurde ohne wesentlichen Erfolg operirt, wobei dieselbe sich als typisches Keloid herausstellte. Von den Halsschwellungen bestand die erste deutlich aus vergrößerten Lymphdrüsen; in den Fällen II und III unterschieden sich die Geschwülste in nichts von Narbengewebe, verliefen jedoch, obwohl chronisch, bei erhöhten Temperaturen und führten zu Kachexie. Vortr. glaubt seine Fälle den »Phlegmones ligneux« anreihen zu dürfen.

2) W. Mintz (Moskau): Zur Frage der Medullaranästhesie.

Vortr. injicirte je 15 mg einer 1%igen Cocainlösung in den Rückenmarkskanal zwischen 3. und 4. Lendenwirbel in 4 Fällen, wo die üblichen Narkosen kontraindicirt waren. Niemals trat dabei Temperatursteigerung auf. Analgesie wurde in verschiedener Ausdehnung erzielt, doch blieb die Schmerzempfindlichkeit des Bauchfelles stets erhalten, was im Verein mit der gleichfalls ungeschwächten Spannung der Mm. recti die Ausführung der Laparotomie wesentlich erschwerte. Bei leichter Cocainvergiftung erwies sich Chloroformnarkose als unschädlich.

3) J. Meerowitz (Katherinendar). Medullarnarkose.

Vortr. berichtet über 78 Operationen, bei welchen Analgesie durch Cocain- und Eucaininjektionen in den Lendentheil des Rückenmarkskanales erzeugt wurde. Die Kanüle wurde zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel eingestochen. In den meisten Fällen trat Analgesie bis zum Nabel, ja bis zum Schwertfortsatze ein. In 73 Fällen war dieselbe eine für die Operation ausreichende. Eucain bot keinerlei Vorzüge gegen Cocain. Von den unliebsamen Nebenwirkungen waren am häufigsten Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Herpes labialis, Kopfschmerz und Schlaflosigkeit zu beobachten, seltener Krämpfe, Zittern, Störungen der Herzthätigkeit und Athmung. Alle diese Erscheinungen waren vorübergehend, nur Kopfschmerz hielt öfters 2—3 Tage an. Das Operiren in der Bauchhöhle wurde durch die Kontraktion der Bauchmuskeln sehr behindert. Ein weiterer Übelstand resultirte daraus, dass die Kranken bei Bewusstsein blieben, was in mehreren Beziehungen störend war. Als einzige Kontraindikation sieht Vortr. Herzfehler an.



4) N. Georgiewsky (Sveaborg). Über die Verwendung des Natrium carbonicum in der chirurgischen Praxis.

Vortr. behandelte Phlegmonen, Abscesse, Wunden aller Art etc. mit Sodalösungen, meist in Form des »feuchten Sodaverbandes« und warmer Sodaumschläge, und zwar immer in 2%iger Lösung, wobei er Aufhören der Eiterung und Bildung von Granulationsgewebe schneller erzielte, als mit allen anderen Behandlungsmethoden.

5) Rajewski (Moskau). Zur Frage der Bedeutung wässriger Lösungen von Alkalien für den Wundheilungsprocess.

Vortr. überzeugte sich auf dem Wege chemischer Untersuchung, dass 1‰ NaOH in 15 Minuten ein Quantum Eiter zu lösen vermag, zu dessen Lösung in wässrigem Natr. carb. 3 Tage erforderlich sind.

Bei Verwendung der ersteren Lösung in Form von Irrigationen und Umschlägen zur Behandlung eiternder Wunden trat Heilung weit schneller ein, als bei Anwendung von Sodaverbänden. Vortr. ist der Überzeugung, dass es sich dabei nicht sowohl um eine Steigerung der Blutalkalescenz, als vielmehr um Lösung des Eiters handelt, dessen Abfluss in dieser Weise sehr gefördert wird.

6) A. Natanson (Moskau). Exstirpation des Thränensackes. (Mit Krankendemonstration).

Bei Exstirpation des Thränensackes nach Kuhn erzielte Vortr. vorzügliche Resultate: Eiterung und Thränenfluss sistirten, die Narben glätteten sich und waren in der Folge kaum sichtbar.

7) K. Solowjoff (Moskau). Käse-Aluminiumkorsetts und Verbände.

Vortr. benutzte zur Herstellung von Korsetts und Verbänden Aluminiumplatten und einen aus Natr. caust. und venetianischem Terpentin und Käse zusammengesetzten Leim zur Durchfeuchtung der Binden.

Das Korsett besteht aus 2 Aluminiumschichten, welche von je einer durchleimten Binde bedeckt werden, wobei die innere Aluminiumschicht in Längsrichtung, die äußere quer in nicht ganz bis zur Mitte reichende Streifen zerschnitten wird.

Die Anfertigung eines solchen Korsetts mit Zubehör und Ausstattung kostet 10—11 *M*.

Dasselbe erwies sich in der Praxis als äußerst bequem und dauerhaft.

8) V. Sakcheew (Moskau). Totale Regeneration eines großen abgestorbenen Schädelknochenstückes.

Vortr. beobachtete einen Fall von Nekrose am Schädelknochen (im Anschlusse an eine Entzündung des Proc. mastoid. entstanden), in welchem nach Entfernung eines Sequesters von beträchtlicher Größe sich unter demselben in der ganzen Ausdehnung des Defektes hartes, neugebildetes Gewebe vorfand, welches Vortr. für Knochensubstanz hielt.

9) W. Serenin (Moskau). Über die Verwendung von Nähten aus Renthiersehnen.

Vortr. empfiehlt die Anfertigung von Fäden zu Nähten und Ligaturen aus der Nackensehne des Renthieres, welche fast gar keine elastischen Fasern enthält und aus straffem fibrillärem Bindegewebe mit geringer Beimengung von lockerem Zwischengewebe besteht, daher im Gegensatze zur Seide schnell und ohne Rückstand resorbirt wird und sich viel sicherer sterilisiren lässt, als Katgut. Die Anwendung solcher Fäden seitens des Vortr. bei 200 verschiedenartigen Operationen an allen möglichen Körpertheilen führte fast immer zu prima intentio; erhebliche Dienste leisteten dieselben namentlich bei Versenkungsnähten und bei Operationen an Gegenden, wo die Nähte hernach schwer zu entfernen sind, wie z. B. an der Scheide. Nur an stark gespannten Geweben zog der Gebrauch dicker Sehnenfäden nicht selten Gangränescenz und Eiterung nach sich. Ein weiterer Nachtheil liegt darin, dass die Fäden in verschiedenen Zeiträumen resorbirt werden, je nach Dicke, Gehalt an lockerem Bindegewebe und elastischen Fasern; auch sind sie bei Ge-

weben mit geschwächter vitaler Energie nicht verwendbar, da hier auch die Resorptionsfähigkeit herabgesetzt zu sein pflegt.

10) W. Serenin (Moskau). Über die Entfernung des Ganglion Gasseri.

Vortr. vollführte die totale Exstirpation des Ganglion Gasseri nach Krause bei einer 63jährigen Frau, welche bereits mehr als 13 Jahre an Trigeminusneuralgie litt, die sich nach 2maliger Operation (Resektion des N. mandibularis am Kieferwinkel und partielle Resektion des III. Astes am Foramen ovale) immer wieder einstellte. Die Art. meningea media wurde mit großer Mühe unterbunden, heftige Blutung durch Tamponade gestillt. Verletzung der Dura mater an 2 Stellen. Ligaturen aus Renthiersehnen am 12. Tage abgenommen. Heilung per primam. Die Schmerzen schwanden gänzlich. Parästhesien in der betreffenden Gesichtshälfte. Mikroskopisch zeigte das exstirpirte Ganglion das Bild der Atrophie und Sklerose.

Zur Bloßlegung des Ganglion Gasseri empfiehlt Vortr., bei dem II. Aste angelangt, die Capsula Meckeli vorsichtig zu spalten, wodurch das Ganglion mit den Ästen isolirt wird.

11) K. Sapeszko (Kiew). Über Exstirpation des Ganglion Gasseri.

Vortr. empfiehlt bei der Exstirpation des Ganglion Gasseri folgendes, von ihm in einem äußerst schweren Falle mit Erfolg angewandtes Verfahren: Unterbindung der Art. carotis, Bildung eines halbkreisförmigen Knochen-Muskel-Hautlappens in der Schläfengegend; Durchtrennung des Arc. zygomat. an beiden Enden; Erweiterung der Trepanationsöffnung mit der Luer'schen Zange nach unten zu, inkl. die Außenwand des Foramen rotundum et ovale; Eröffnung der Ganglionkapsel zwischen den Ästen II und III, Abtrennung derselben von der oberen äußeren Fläche des Ganglion, dann von der unteren; Entfernung der Ganglionreste durch Ausschaben der Kapsel und Abreißen des Nervs. Schließlich werden die Äste II und III möglichst weit aufwärts isolirt und mitsammt dem Ganglion durch die Schnittwunde für die Art. carotis herausgezogen.

12) A. Kissel (Moskau). Behandlung der Noma bei Kindern.

Vortr. erzielte bei nomakranken Kindern eine verhältnismäßig geringe Mortalitätsziffer (33,3%) mit folgender Behandlungsmethode: Ausschaben des gangränescirten Gebietes mit scharfem Löffel, dann Auswaschen mit Kalipermanganatlösung 1 : 4000, schließlich Bereiben der Wundfläche mit Jodoform. Reichliche Nahrung, Ventilation. Die Ausschabung wird je nach Bedarf eingestellt oder wiederholt, die sonstige Behandlung täglich erneuert.

13) A. Bobroff (Moskau). Über die Behandlung des Kropfes.

Vortr. operirte in 7 Jahren 60 Kropfkranke, von denen 57 genasen, 3 zu Grunde gingen (an Komplikationen). Nur in einem Falle lag totale Degeneration der Drüse vor, sonst stets bloß partielle, darunter 49mal Struma parenchymatosa, 10mal Struma cystica. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bildeten die degenerirten Theile eingekapselte Knoten. In der Regel wurde Enukleation der Strumektomie vorgezogen, wobei niemals Cachexia strumipriva eintrat.

Bei kleinem Kropfe ist vertikale oder schräge Incision, bei großem horizontale vorzuziehen. Die Gefäßunterbindungen dürfen nicht sehr fest angezogen werden, sonst tritt leicht Nekrose ein.

Bei unvollständigem Vernähen der Wunde und Einführung von Gazestreifen erfolgt nach der Operation gewöhnlich keine Temperatursteigerung.

14) A. Prokunin. Operative Wege in die Rachenhöhle vom Halse aus.

Vortr. räth, beim Eindringen in die Rachenhöhle vom Halse aus mit der sublingualen Pharyngotomie zu beginnen und dann erst im Nothfalle dem horizontalen Schnitte noch andere beizufügen. Bei im oberen Theile der Rachen-Kehlkopfhöhle lokalisirten Geschwülsten sind Querschnitt und Schnitt nach Valass zu kombiniren. Das Küster'sche Verfahren ist nur bei ausgedehnten Geschwülsten, die bis in die Speiseröhre hineinreichen, anzuwenden.

15) J. Spisharny (Moskau). Über Halsrippen.

Vortr. beobachtete 4 Fälle von Halsrippen, von denen 2 auch skiaskopisch diagnosticirt wurden. In diesen 2 Fällen war jedes Mal die linke Rippe wohlentwickelt, in einem derselben auch die rechte vorhanden, jedoch in rudimentärer Form. In beiden Fällen lag linksseitige Skoliose des Hals- und oberen Brusttheiles der Wirbelsäule vor, was wohl mit der abnormen Rippenbildung in engem genetischen Zusammenhange stehen muss.

16) K. Solowjoff (Moskau). Zur Frage der Behandlung traumatischer Verletzungen der Wirbelsäule.

In 2 Fällen traumatischer Rückgratsverletzung mit Lähmung der unteren Extremitäten wandte Vortr. mit gutem Erfolge Extension auf schiefer Ebene an. Die Ebene bildete mit dem Horizonte einen Winkel von 45°. Dieselbe wurde aus einem gewöhnlichen Krankenbette konstruirt in der Weise, dass obiger Winkel nach Belieben von 45° bis 0° vermindert werden konnte, wodurch der Zug je nach Bedürfnis verstärkt oder abgeschwächt wurde. Dabei wurden Kopf oder Schultern des Kranken am Kopfende der Ebene fixirt. Dieselbe Behandlung empfiehlt Vortr. bei Frakturen mit Dislokation der Bruchenden.

17) N. Bogojawlensky (Moskau). Zur Frage der Bauchwandschnitte bei Laparotomien.

Vortr. operirte zur Entscheidung der Frage, wie bei Laparotomien der Schnitt am besten zu führen sei, 4 Kaninchen und 19 Hunde, und kam zur Überzeugung, dass dabei folgende Regeln beobachtet werden müssen:

1) Die motorischen Nerven sind nach Möglichkeit zu schonen; 2) die Muskel- und Sehnenlagen längs dem Faserverlaufe zu durchtrennen.

Diesen Vorschriften genügen am besten:

1) Schnitt in der Mittellinie mit nachfolgender Resektion der Linea alba (Methode von Prof. La Torre); 2) Schnitt nach Burney: Die Muskelschichten werden an den der Bauchhöhle zugewandten Flächen in der Faserrichtung durchschnitten oder mit stumpfem Instrumente getrennt.

18) J. Simonowitz (Elisabethgrad). Eine abnehmbare Naht tiefer Bauchwunden.

Beim Vernähen der tiefen Schichten von Bauchschnittwunden benutzt Vortr. zur Verhütung von Infektion und, um die Zahl der Nadelstiche möglichst zu beschränken, eine besondere Vorrichtung, wobei die Rolle mit dem Faden in einem Hohlraume im Innern des Nadelhalters versteckt bleibt. Das freie Ende des Fadens wird fixirt, die Nadel durch beide Wundränder geführt, dann wieder zurückgezogen, so dass der Faden an der einen Seite der Wunde eine Schlinge bildet. An der anderen Seite befinden sich die beiden Enden des Fadens, von denen das eine befestigt ist. Der 2. Einstich wird 1—2 cm unter dem 1. und in derselben Weise vollführt, nur dass die Nadel erst durch die obere Schlinge durchgezogen und dann zurückgeführt wird. So lässt sich kontinuirlich die ganze Wunde vernähen.

19) N. Trinkler (Charkow). Zur Kasuistik der Gekrösgeschwülste.

Vortr. demonstrirte eine kindskopfgroße Gekrösgeschwulst, welche zwischen den Blättern des Dünndarmmesenteriums befindlich und so fest mit denselben verwachsen gewesen war, dass bei der Operation 65 cm Darmschlingen resecirt werden mussten. Wegen partieller Nekrose kam es später zur Resektion weiterer 20 cm Dünndarm. Pat. genas vollständig. Die Geschwulst stellte sich als polymorphes Sarcoma reticulare cellulare heraus. Lokalisation und auch ungefähren Charakter desselben hatte Vortr. noch vor der Operation festgestellt. Die vernähten Gedärme sollten einige Tage nach dergleichen Operationen außerhalb der Bauchhöhle fixirt gehalten werden, um den Verlauf der Heilung verfolgen zu können.

20) W. Rasumowsky (Kasan). Zur Frage der Prognose bei Gekrösgeschwülsten.

Vortr. hatte die Möglichkeit, in einem Falle 2mal von ihm operirter Gekrösgeschwult den Pat. 3 Jahre lang im Auge zu behalten. Bei der 1. Operation war

eine Geschwulst von der Größe eines mittleren Mannskopfes entfernt und 48 cm Darm resecirt worden (Myxoma cellulare). 2 Jahre später erforderte eine schnell wachsende Recidivgeschwulst bei demselben Kranken eine 2. Operation. Diese Geschwulst (Myxoma fibrosum) war etwas kleiner, doch musste ein zweites Darmstück von der gleichen Länge resecirt werden. Laut 5 Monate später eingetroffener Nachricht war Pat. gesund und arbeitstüchtig.

21) K. Sapeshko (Kiew). Über Magenresektion.

Vortr. wandte 2mal bei Magenresektionen folgendes Verfahren an: An den Stellen, wo die Schnitte bevorstanden, wurden sowohl Magen als Darm unterbunden, und zwar die Lichtungen verschlossen, Serosa und Muscularis durchschnitten und die unversehrte Schleimhaut mit Metalldraht zugeschnürt, worauf dann die beiden ersteren wieder vernäht wurden. Im weiteren Verfahren hielt sich Vortr. an die 2. Billroth'sche Methode. Nach Abtragung des Pylorus wurden Magen und Duodenum blind vernäht und Gastroenterostomose hergestellt.

Bei der 1. Operation wurde eine Geschwulst von der Größe einer Citrone entfernt, worauf dann Pat. sich vollkommener Gesundheit erfreute.

22) W. Rasumowsky (Kasan). Ein Fall von Gastropexie.

Vortr. empfiehlt namentlich bei Blasenoperationen und Leberechinokokken temporäre Fixation der vernähten Bauchorgane an die Bauchwand, wobei er die eigen erfundene, durchschlungene, kontinuirliche Naht anwendet. Solche Nähte lassen sich sehr leicht und einfach abnehmen, womit dann bei Eintritt von Komplikationen die jedenfalls nicht ungefährliche 2. Laparotomie unnöthig wird; so lässt sich ohne große Gefahr totaler Verschluss der Bauchwunde bewerkstelligen. Die bei Fixation eintretende Verwachsung, z. B. des Echinokokkensackes mit der vorderen Bauchwand, hält Vortr. für ungefährlich, um so mehr, als sie nach Entfernung der Naht häufig ganz zurückgeht. Als bestes Material für solche Nähte hat sich Silberdraht erwiesen.

Aus 27 Fällen eigener, nach verschiedenen Methoden operirter Echinokokken gewann Vortr. die Überzeugung, dass bei Wundverschluss die Fixation stets am Platze ist und erhebliche Dienste leistet, da sie die Möglichkeit giebt, im Nothfalle von der geschlossenen zur offenen Wundheilung überzugehen.

23) Birstein (Torshok). Zur Kasuistik der chirurgischen Behandlung der Pylorusstenose.

Vortr. berichtet über 6 Gastroenterostomosen und 3 Magenresektionen. Von den ersteren handelte es sich in 5 Fällen um narbige, in 1 Falle um cancröse Pylorusstenosen. In allen diesen Fällen wandte Vortr. die Gastroenterostomosis retrocolica posterior nach v. Hacker an. An Darm und Magen wurden dabei Doyen'sche Klemmen angelegt. Sämmtliche Operirte konstatirten Besserung ihres Zustandes, die Magensymptome schwanden und kehrten bei 3 Pat. im Laufe von 3—5 Monaten nicht wieder.

Durch Magenresektionen wurden 3mal Pyloruskrebse entfernt. In 2 Fällen trat Genesung ein, im 3. Falle Tod.

24) J. Saritschew (Moskau). Über Darmverletzungen.

Vortr. beobachtete im Laufe des Jahres 1900 8 Fälle traumatischer, meist subkutaner Darmverletzungen, von denen er 5 operativ behandelte. 2 nicht operirte Fälle nahmen tödlichen Ausgang, in einem nicht operirten Falle trat Genesung ein. Von den operirten Kranken genas einer, trotzdem Perforation der Darmwand vorlag (er war 8 Stunden nach der Verletzung operirt worden), alle übrigen erlagen. Vortr. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1) Subkutane Darmverletzungen sind auf Grund der gewöhnlichen Symptome nicht zu diagnosticiren.

2) Große diagnostische Bedeutung haben Spannung der vorderen Bauchmuskeln, Schmerzen bei Untersuchung per rectum und Eiweiß im Harn.

3) Die Darmrissstelle entspricht häufig nicht dem Orte der traumatischen Einwirkung.



4) Das Aussehen der Wunde entspricht nicht dem Charakter des Insultes.
5) Die Operation ist möglichst bald nach Verletzung vorzunehmen, wenn auch nur zum Zwecke der Diagnosestellung.

25) A. Deschin (Moskau). **Die Anatomie der Nabelgegend im Zusammenhange mit der Frage der Nabelbrüche.**

Vortr. fand bei Untersuchung von 30 Leichen in 14 Fällen im Nabelringe mehr oder weniger ausgeprägte Bauchfelldivertikel mit meist spaltförmiger Pforte. Was die Nabelfascie betrifft, so war sie 7mal so beschaffen, wie es Richet beschreibt, 4mal fehlte sie gänzlich, in 3 Fällen hatte sie die Gestalt vereinzelter Fasern, in den übrigen zeigte sie die Form einer 1,5—6 cm breiten Platte. In 10 Fällen ließen sich an der Linea alba, meist oberhalb des Nabels, oder seitlich, Spalten und Taschen von elliptischer Form konstatiren.

26) Bogajewsky (Krementschuk). **Über die Hernien der weißen Bauchlinie.**

Vortr. berichtet über 10 typische Fälle von ihm operirter Hernia lineae albae. Gewöhnlich erwiesen sich die größeren Hernien als reponirbar, die kleinen dagegen nicht. Die Ursache ihrer Entstehung ist zumeist Trauma, welches von außen oder innen einwirken kann. Die Pat. waren alle im blühendsten Alter. Die Brüche waren von Erbsen- bis Kindsfaustgröße, ihr Inhalt: 6mal Netz, 3mal Stücke des Ligam. teres, 1mal fehlte jeder Inhalt. In 5 Fällen wurde partielle Resektion des Netzes vorgenommen. Sämmtliche Operirte genasen. Die häufigsten Beschwerden waren heftige Schmerzen im Epigastrium und verschiedene nervöse Erscheinungen, während sich die Pat. durch kräftigen Körperbau und gute Ernährung auszeichneten. Die Operation erwies sich als völlig gefahrlos; durch dieselbe wurden alle Beschwerden radikal beseitigt.

27) N. Lyssenkoff (Moskau). **Einige Worte anlässlich der Vorgefäßschenkelbrüche und multiplen Bauchbrüche.**

Vortr. demonstrirte eine an der Leiche eines 70jährigen Mannes beiläufig bemerkte seltene Form von Schenkelbruch, welcher mit breiter Basis (6 cm) den ganzen Raum der Gefäßlakune einnahm, vom seitlichen Winkel bis zum Gimbernat'schen Bande. Der Bruchsack lag vor der A. et V. femor., von der Vorderwand ihrer Hülle und dem hochliegenden Blatte der breiten Fascie bedeckt und hatte die Form eines Bogens, dessen Sehne das Poupart'sche Band bildete. Die Pforte des Bruchsackes war spaltförmig, ihre Form entsprach der Gefäßlakune. Die Hernie war also den Gefäßen vorgelagert, wie die von Narath beschriebenen.

28) P. Solowoff (Moskau). **Über Darmblutungen bei incarcerirten Hernien.**

Vortr. beschreibt einen Fall von Darmblutung bei eingeklemmtem Leistenbruche, welche nach vom Pat. selbst ausgeführten Repositionsversuchen eingetreten war. Operation. Im Bruchsacke etwa 1/2 Glas blutiger Flüssigkeit. Eine Darmschlinge zeigte violette Färbung und subseröse Ekchymosen. Reposition der ausgetretenen Schlingen. Bis zum Abend hielt blutige, halbflüssige Defäkation an, dann aber vollzog sich die Genesung bald und ungestört. Als Ursache der Blutung wird vom Vortr. venöse Stauung angesprochen, wobei die Manipulationen des Pat. mitgewirkt haben mögen.

29) N. Skliffassowski (Petersburg). **Über die in den letzten 4 Jahren im Kaiserl. klinischen Institute in Petersburg ausgeführten Radikaloperationen von Hernien.**

Im Ganzen wurden radikal operirt 65,

darunter nach Bassini	39,
» » Kocher	23,
» » Lucas-Championnière	2,
» » Rasumowsky	1.

Im Zustande der Incarceration wurden operirt 3.
Recidive gaben: nach Bassini Operirte in $2^1/_2$% aller Fälle,
» Kocher » » 30% » »
Nach der Operation trat Eiterung ein bei
nach Bassini Operirten in 6 Fällen,
» Kocher » » 1 Falle,
» Lucas-Championnière » » 1 »
8 Fälle.

30) S. Beresowsky (Moskau). Über die Operationsmethoden bei großen äußeren Leistenbrüchen.

Vortr. operirte große Leistenbrüche mit weiter Bruchsackpforte nach einer Methode, welche eine Kombination der Kocher'schen und Bassini'schen darstellt. Vom Samenstrange wird nur der Bruchsackhals in möglichst großer Ausdehnung abgetrennt und am Poupart'schen Bande befestigt. Nach dieser Methode sind bei 4 Operationen günstige Resultate erzielt worden. Als einzig rationelles Mittel, um Recidiven vorzubeugen, wird Massage angewandt.

31) M. Pudneff (Moskau). Zur Bakteriologie der Appendicitis.

Vortr. untersuchte in 80 Fällen operirter Appendicitis den Inhalt des Wurmfortsatzes in bakteriologischer Beziehung. In 50% der Fälle wurde Bact. coli comm. nachgewiesen, in 48% Staphylococcus pyogenes aureus, albus et citreus, in 10% Streptococcus (darunter 4% in Reinkultur), in 8% Diplococcus Fraenkeli (2% Reinkultur). In 30% lagen Kombinationen von Staphylococcus pyog. albus und Bact. coli comm. vor. In 8% wurden Anaëroben angetroffen, und zwar stets mit Aëroben vergesellschaftet. Die Fälle, in welchen nur das Bact. coli gefunden wurde, waren klinisch als leichteste Formen charakterisirt; bei Kombination desselben mit Streptokokken war der klinische Verlauf ein stürmischer und tiefgreifende anatomische Veränderungen (reichliche Verwachsungen und starke Infiltration) nachweisbar. In einem Falle lag Aktinomykosis vor, in 8 Fällen wurden Tuberkelbacillen, stets mit anderen Formen kombinirt, nachgewiesen.

32) Zoege von Manteuffel (Dorpat). Über die Behandlung der Perityphlitis.

Vortr. hält an der Eintheilung der Appendicitiden in 1) katarrhalische, 2) eitrige und 3) gangränöse fest. Bei der 1. Form ist die Operation gleich nach Ablauf des ersten akuten Anfalles zu vollführen. Bei der 2. Form ist die Operation erst durch Behandlung mit heißen Säcken im Laufe von 2—3 Wochen vorzubereiten. Extraperitoneale Abscesse und gangränöse Erscheinungen erfordern schnelles Operiren. Bei diffuser Peritonitis soll nicht operirt werden.

33) R. Wreden (Petersburg). Radikale operative Behandlung der Appendicitis in der Remissionsperiode.

Vortr. führt die Radikaloperation bei Appendicitis in folgender Weise aus: Bogenförmiger Schnitt von der 11. Rippe bis zum äußeren Rande des M. obliq. abd. ext. 2fingerbreit oberhalb des Lig. Pouparti. Die Aponeurose des M. obliq. ext. wird 1 cm nach außen von dem Rande des M. rectus durchtrennt, das vordere Blatt der Rectusscheide längs dessen äußerem Rande gespalten, dann hinter dem M. rectus durch vertikalen Schnitt die Bauchhöhle eröffnet und der Wurmfortsatz entfernt. 4 Schichten Nähte. In 7 Fällen wurden nach dieser Methode gute Resultate erzielt.

34) O. Schiemann (Dorpat). Volvulus coeci.

Vortr. hatte im Laufe dreier Jahre 7 Fälle von Volvulus coeci in Behandlung, von denen 3 Gangrän im Gefolge hatten. In 3 Fällen wurde zu Darmresektionen geschritten, in den übrigen bloß Reposition und Fixation ausgeführt, in einem Falle musste ein Kunstafter angelegt werden. Von den Operirten genasen 4, starben 3.

Vortr. erscheint es von größter Wichtigkeit, über den Zustand der Peristaltik ein Urtheil zu gewinnen (bei Sistiren derselben ist Resektion indicirt); desshalb

sollten Eis und Opium vermieden werden, da dieselben künstliches Aufhören der Peristaltik verursachen.

35) A. Tauber (Warschau). Über eine neue Operation der Bauchhöhle bei krebsiger Entartung des Mastdarmes.

Vortr. operirte in 10 Fällen krebsiger Entartung des Mastdarmes nach den gewöhnlichen Methoden; er erhielt dabei sehr ungünstige Resultate (1 Tod, 3 Recidive, in den übrigen Fällen Unfähigkeit, den Koth zu halten) und wandte daher in 3 neuen Fällen folgendes Verfahren an: Bauchschnitt längs dem linken Lig. Pouparti; die Flexura sigmoidea wird mit dem Mesenterium herausgezogen und in der Bauchwunde befestigt, die einander anliegenden Flächen der Darmschlinge vernäht F. so, dass der Höhepunkt der so gebildeten Kuppel an der Grenze zwischen S romanum und Mastdarm zu liegen kommt. Die Wölbung der Schlinge wird alsdann in eine 2. Bauchwunde eingenäht und hier nach 48 Stunden mit dem Thermokauter eine Öffnung angelegt.

In allen 3 Fällen günstiger Verlauf: Defäkation bei Anwendung von Irrigation 2mal täglich; Koth von normaler Konsistenz, willkürlich verhalten, gerieth nicht in den Mastdarm. Bei der Autopsie eines der Operirten ließ sich im unteren Theile der Flexura sigmoidea eine ampullenförmige Erweiterung nachweisen.

36) A. Sujetinow (Twer). Pathologische Anatomie und chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden.

Vortr. überzeugte sich mittels histologischer Untersuchung operirter Hämorrhoiden, dass dieselben in allen Fällen auf variköse Erweiterung der Darmvenen zurückzuführen sind. In 181 Krankheitsgeschichten waren nach der Radikaloperation nach Whitehead 19mal Harnretention, in 4 Fällen geringe Nachblutungen, 16mal Unfähigkeit, dem Defäkationsreize lange zu widerstehen, konstatirt. Keine tödlichen Ausgänge, keine Recidive.

37) R. Wreden (Petersburg). Achsendrehung des Mastdarmes als Heilverfahren bei Mastdarmvorfall.

Bei Vorfall der Mastdarmwand empfiehlt Vortr. operative spiralige Achsendrehung derselben, durch welche in einfacher Weise Verengerungen der Afterlichtung nicht narbigen Charakters und Fixirung des Mastdarmes, welche die nunmehr spiralig laufenden Fasern des M. levator ani am Vorfalle hindern, erreicht wird.

38) N. Napalkow (Moskau). Über die chirurgische Behandlung des Mastdarmvorfalles.

Vortr. kam bei Versuchen an Leichen auf folgende Operationsmethode bei Mastdarmvorfall: Durch bogenförmigen Schnitt vor dem After wird das sehnige Centrum des Dammes bis zur unteren Fläche des Beckendiaphragmas durchtrennt. Zu beiden Seiten des Mastdarmes wird dann mittels von vorn nach hinten durchgeführter Nähte, welche in die Mastdarmwand mit eingreifen, je eine Falte des muskulösen Beckengrundes hergestellt. Von den Nähten wird das eine Ende abgeschnitten, das andere mit dem entsprechenden Ende der 2. Naht vor dem Darme verknüpft, wodurch der vorfallende Abschnitt des Mastdarmes oberhalb des Beckendiaphragmas fixirt bleibt.

39) G. Wolynzew (Moskau). Einige Versuche künstlicher Gallensteinbildung und Entfernung der Gallenblase.

Experimente an Hunden ergaben, dass weder Unterbindung des Gallenganges, noch Befestigung der Gallenblase an der Bauchwand, noch Einführung steriler Fremdkörper in die Blase die Bildung von Gallensteinen nach sich ziehen; auch inficirte Fremdkörper führen an sich noch nicht zur Entstehung von Gallensteinen. Nach Resektion der Gallenblase bei Hunden erweitert sich das der Leber zugewandte breite Ende des Gallenganges birnenförmig, die Gestalt der Blase nachahmend.

40) B. Koslowsky (Smela). **Chirurgische Behandlung des Ascites bei atrophischer Lebercirrhose.**

Um das Zustandekommen kollateraler Blutwege, wie es bei spontaner Heilung von Ascites bei Lebercirrhose beobachtet wird, zu fördern, nahm Vortr. in 3 zugehörigen Fällen zur Operation der Einnähung des Netzes in die Bauchwunde seine Zuflucht. In 2 Fällen war keine wesentliche Besserung zu konstatiren, in einem Falle jedoch wurde völlige Resorption des Transsudates erreicht.

Vortr. hält diese Operation nur in solchen Fällen für angezeigt, wo keine Komplikationen seitens der anderen inneren Organe vorliegen.

41) S. Fjodorow (Moskau). **Über die chirurgische Behandlung der Hydronephrose.**

Vortr. berichtet über 7 Fälle operativ behandelter Hydronephrose. 3mal wurde der hydronephrotische Sack entleert und eine Nierenfistel angelegt. In 2 Fällen wurde nach Bauchschnitt resecirt, worauf der eine Pat. genas, der andere an Bauchfellentzündung zu Grunde ging. Im 6. Falle wurde vom Lendenschnitte aus die Bauchhöhle eröffnet und aus dem Harnleiter ein erbsengroßer Stein entfernt; auf diesem Wege kam es zu völliger Genesung. Im 7. Falle gelang es durch Katheterisation des Harnleiters, die Flüssigkeit aus dem Nierenbecken zu entfernen und so wesentliche Besserung zu erzielen.

42) M. Subbotin (Petersburg). **Bildung einer künstlichen Harnblase und Harnröhre mit Sphinkter aus dem Mastdarme bei Ektopien, Epispadien und Incontinentia urinae überhaupt.**

Vortr. führte in einem Falle hoher Epispadie mit Incontinentia urinae bei einem 14jährigen Knaben folgende Operation aus:

1) Schnitt von hinten aus durch Haut, Mastdarm und After. Entfernung des Steißbeines. Bloßlegung der vorderen Mastdarmwand. — 2) Schnitt (3 cm lang) unmittelbar oberhalb des Sphincter ani ext. durch vordere Mastdarm- und hintere Blasenwand. Umnähung der so gebildeten Öffnung. — 3) Rings um diese Öffnung hufeisenförmiger Schnitt durch Schleimhaut, $^1/_3$ des Mastdarmumfanges breit. Der so entstandene Schleimhautlappen wird etwas von der Muscularis abgetrennt. — 4) Kontinuirliche Vernähung erst der vorderen Ränder des Schleimhautlappens, dann der Muscularis, schließlich der hinteren Lappenränder. Bildung einer vom hinteren Theile des Mastdarmes völlig abgesonderten Höhle (Nebenharnblase) mit äußerer Öffnung am Damme. 5) Vernähung des hinteren Mastdarmschnittes. 6) Nähte an die Hautwunde angelegt. Drain in den After. Verweilkatheter in die natürliche Öffnung der Harnblase eingeführt.

Heilung per primam. Urin klar, kann willkürlich gehalten und mit Zuhilfenahme der Bauchpresse entleert werden. Zwischen Koththeil und Harntheil des Darmes keine Kommunikation. Kapacität der »Nebenblase« über 100 ccm. Kothentleerung normal. Angeborene Blasenöffnung durch Transplantation vom Hodensacke genommener Haut bedeutend verkleinert.

43) W. Losin (Pensa). **Über Sectio alta mit Anlegung einer Blasennaht.**

Von 72 Operirten starben bei hermetischer Vernähung der Blase 8,3%, darunter 2,7% nachweisbar in Folge der Operation. Die Anwendung von Seide gab prima intentio in 60% der Fälle, Metallnähte nach Rasumowsky in 76%. 17mal bildeten sich Fisteln. Die Heilung trat durchschnittlich am 18. Tage ein. Vortr. empfiehlt völlige Vernähung der Blase bei Sectio alta in allen Fällen, wo nicht sehr schlaffe Blasenwandung vorliegt; die besten Resultate giebt die Methode Rasumowsky's (Metallnähte und Befestigung der Blase an die Bauchwand).

44) L. Alexandroff (Moskau). **Lithotripsie im Kindesalter.**

282 im Laufe von 4 Jahren vom Vortr. ausgeführte Litholapaxien bei Kindern im mittleren Alter von 4,3 Jahren ergaben eine Sterblichkeit von 2,4%. Durchschnittliche Größe der Blasensteine 1,5—2,0 cm. Der Harn war meist normal (in 35 Fällen alkalisch).



Nach der Operation traten häufig Erscheinungen von Dysurie auf, und zeigte sich Blut im Harn. Am 4. Tage wurden die Pat. gewöhnlich als geheilt entlassen.

Die Sterbefälle waren sämmtlich durch Verletzung der Urethra posterior hervorgerufen. Nach diesem Materiale zu urtheilen, scheint Vortr. die Litholapaxie für Kinder die geeignetste Operationsart, und dürfte nur bei hochgradiger Enge der Harnröhre oder sehr umfangreichen Steinen von derselben Abstand genommen werden.

45) T. Krassnobajew (Moskau). **Über die Resultate von 117 Lithotripsien bei Kindern.**

Durchschnittsalter der operirten Kinder 4,2 Jahre. Bei 117 Lithotripsien nur 2 tödliche Ausgänge (1,7%).

Schlüsse: 1) Alle Lithotripsien bei Kindern sollten zu Genesung führen; 2) Kontraindikationen sind äußerst selten; 3) die Operation erfordert eine Nachbehandlung von minimaler Kürze (durchschnittlich 3,8 Tage); 4) sie giebt keine Veranlassung zu Recidiven (1mal); 5) die Litholapaxie sollte bei Kindern die Lithotomie verdrängen, bis auf wenige Ausnahmefälle.

46) K. Horn (Petersburg). **Über die Behandlung von Klumpfuß und Spitzfuß in der Gegenwart.**

Vortr. berichtet über 3 von ihm operirte Fälle von Pes equinus. Die Fascia plantaris wurde offen durchschnitten, die Wölbung auf dem Wege modellirenden Redressements vorsichtig ausgeglichen, die Achillessehne subkutan durchschnitten. Nähte, Gipsverband, Fixirung des Fußes rechtwinklig zum Unterschenkel.

Resultate: 1) Pat., 18 Jahre alt, läuft, tanzt, verbringt ganze Tage auf den Beinen; 2) Dame, 26 Jahre alt, vor 2 Wochen operirt, geht ohne Schmerzen, Fuß in befriedigendem Zustande; 3) Operation ganz vor Kurzem ausgeführt.

---

11) **Sakchejew.** Ein Fall von besonders großem Fremdkörper in der Nase (Rhinolith).

(Chirurgia Bd. VI. p. 3. [Russisch.]).

Einem 37jährigen Manne wurde ein Nasenstein aus der Nase entfernt, der als Kern einen Baumast von 6 cm enthielt, der dem Pat. vor 19 Jahren bei einem Falle in die Nase gedrungen war. Die Kalkschicht hatte eine Stärke von $^1/_2$—4 mm.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

12) **A. Ruault.** Corps étranger des fosses nasales ayant donné lieu aux symptômes d'une méningite tuberculeuse.

(Revue hebdom. de laryngol. 1900. No. 50.)

Ein 4jähriges Kind erkrankte unter Fieber, heftigem Kopfschmerz, Erbrechen, häufiges Aufschreien, rückwärtiger Kopfhaltung. Bei genauer Nachforschung stellt sich heraus, dass Pat. sich vor 14 Tagen eine Eichel in die Nase gesteckt. Entfernung des Fremdkörpers bewirkt völliges Verschwinden der erwähnten, meningitischen Symptome. **F. Alexander** (Straßburg i/E.).

13) **J. Toubert.** Un cas de sinuisite sphénoidale à symptomes frustes, terminée par méningite suppurée mortelle et diagnostiquée seulement par l'autopsie.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1900. No. 37.)

Im Gefolge einer mit Bronchitis komplicirten Angina erkrankt ein bis dahin gesunder, kräftiger Mann von 22 Jahren an einer heftigen Mittelohreiterung; nach Paracentese im Verlaufe von 2 Wochen Heilung. Nach 3 Wochen Recidiv; auch dies heilt rasch ab. Kurze Zeit danach plötzliches Auftreten von intensivstem Kopfschmerz, hohem, remittirendem Fieber (bis 41,2°) und Erbrechen. Warzenfortsatz bietet keinerlei Veränderungen, Augenhintergrund, Bauch-, Brustorgane frei. Nach 12 Tagen Tod.

Bei der Autopsie fand sich, abgesehen von einer geringen Hypostase beider Lungen, eine ausgebreitete, basilare Meningitis und ein Empyem der beiden Keilbeinhöhlen. An Dach oder Wänden der Keilbeinhöhle war keine Perforation nachweisbar, nur das Septum zwischen beiden Höhlen war fast völlig zerstört. Die venösen Bahnen waren frei von pathologischen Veränderungen. Verf. nimmt eine Verbreitung der Infektion auf dem Lymphwege an und hebt die Unmöglichkeit der Behandlung derartiger Fälle hervor; ob ihre Diagnose bei genauer Untersuchung der Nase gleichfalls immer, wie Verf. meint, außerhalb des Erreichbaren liegt, bleibe dahingestellt. **F. Alexander** (Straßburg i/E.).

14) **G. Liaras.** Molaire implantée dans la paroi orbitaire du sinus maxillaire gauche.

(Rev. hebdom. de laryngol. 1900. No. 43.)

Verf. beschreibt einen sehr seltenen Fall von Ektopie eines Zahnes in der Highmorshöhle. Der Krankheitsverlauf ist kurz folgender: 45jähriger Mann mit einer seit 20 Jahren bestehenden, schmerzlosen, nussgroßen Geschwulst der lateralen Fläche des linken Oberkiefers; vor 4 Jahren sei dieselbe geplatzt und hierbei dicker Eiter entleert worden, seitdem mehrmals Wiederansammlung und Entleerung des Eiters. Seit Kurzem stärkere Anschwellung mit Infiltration von Wange und Zahnfleisch. Auftreibnng der vorderen und orbitalen Wand der Kieferhöhle. Kein cariöser Zahn, der 1. Molaris fehlt; man kommt an dieser Stelle in eine Höhle, scheinbar auf weiche Massen. In der Nase keine Veränderungen. Bei Durchleuchtung erwies sich die Gegend der linken Kieferhöhle dunkler, Probepunktion mit folgender Durchspülung ergab etwas krümeligen Eiter. Während die Auftreibung der vorderen und orbitalen Fläche an eine Neubildung des Oberkiefers oder der Oberkieferhöhle denken ließ, fehlte eine solche der nasalen Wand und kam in Rücksicht auf die erwähnte Fistel eine abscedirte Zahncyste mit Entzündung der Highmorshöhle in Betracht. Bei Eröffnung der letzteren von der vorderen Wand aus fand sich etwas käsiger Eiter und ein in der orbitalen Wand sitzender Zahn, der in die Kieferhöhle hineinragte; die Schleimhaut derselben war fast intakt. Durchspülungen. Obturator. **F. Alexander** (Straßburg i/E).

15) **Thöle.** Mucoidcyste in der Fossa canina des Oberkiefers.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 129.)

T. exstirpirte einem Vicefeldwebel (Alter nicht angegeben) eine hühnereigroße, auf der linken Fossa canina submukös gelegene Schleimcyste, welche außer einer seit einigen Jahren sichtbaren Backenhervorwölbung keine Krankheitserscheinungen gemacht hatte. Die Operation bot keine Schwierigkeit. Hinten auf dem Knochen konnte die dünne Cystenwand nur mit gleichzeitiger Entfernung des mit ihr verschmolzenen Periostes exstirpirt werden. Im Cysteninhalte findet sich körniger Detritus und Plattenepithelien. Die Cysteninnenwand trägt Plattenepithel, welches auf der vorderen Geschwulstfläche mehrschichtig ist und Höcker und Warzen bildet, an einer Stelle auch tiefe epitheliale Einsenkungen zeigt. Ein Bruder des Pat. ist mit linksseitiger Kiefer-Gaumenspalte geboren.

T. deutet die Geschwulst als eine durch eine Entwicklungsstörung beim Schlusse der fötalen Spalte zwischen äußerem Stirnfortsatze und Oberkieferfortsatze entstandene. Sie war ein aus einem »Ento- und Mesodermkeime hervorgegangenes Mucoid« (kein »Dermoid«, zu welchem Coriumelemente, (Papillen, Drüsen, Haare gehören). Die nähere Begründung dieser Auffassung findet sich in der kurz gehaltenen Besprechung, in der die durch Entwicklungsstörungen der fötalen Spalten entstehenden, »fissuralen« Krankheitsbildungen erörtert werden. Ein Litteraturverzeichnis von 52 Nummern ist angehängt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

16) **W. A. Ratimow.** Ein Fall von Lymphangiom des weichen Gaumens.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 5.)

Die Geschwulst entstand bei der jetzt 41 Jahre alten Pat. vor 14 Jahren und wurde nach 2 Jahren durch den Mund entfernt. Seit 4 Jahren wächst sie von

Neuem; fast der ganze Isthmus faucium ist von ihr ausgefüllt, die sich außen unter dem rechten Kieferwinkel hühnereigroß hervorwölbt. Sie wurde nach vorheriger temporärer Resektion des Unterkiefers entfernt und erwies sich als vielkammeriges Lymphangiom des Zellgewebes zwischen den Muskeln des weichen Gaumens. Die Heilung war nach 35 Tagen vollständig.

In der Litteratur kennt R. nur zwei ähnliche Fälle von Labit (Centrbl. f. Laryngologie 1895 p. 46.) **E. Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

17) F. Berndt. Nachtrag zu der Abhandlung: Improvisirter Ersatz des Knochendefektes nach halbseitiger Unterkieferresektion (Exartikulation).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Bei 3 Fällen des Verf. kam zunächst Heilung zu Stande, später stellte sich jedoch eine Fistel ein, welche zur Entfernung der Prothese führte. Nur bei dem 4. Falle liegt die Celluloidprothese jetzt seit $4^1/_2$ Jahren reaktionslos in der geheilten Narbe, macht keine Beschwerden und dient vorzüglich zum Kauen etc. Der Mund kann gut geöffnet und geschlossen werden. Da die Prothese keinen Schatten giebt, konnte B. kein Skiagramm herstellen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

18) W. W. Schmidt. Operation der Ankylose des Unterkiefers mit Zwischenlagerung eines Muskellappens.

(Chirurgia Bd. VI. p. 6. [Russisch.])

Die mit gutem Erfolge ausgeführte Operation bestand aus der Resektion eines Stückes des aufsteigenden Unterkieferastes und Zwischenlagerung eines Muskellappens aus dem Masseter nach Rochet. S. giebt diesem Verfahren vor dem Helferich'schen den Vorzug, da die Technik desselben einfacher sei.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

19) Thöle. Querdurchtrennung des Ductus thoracicus am Halse. Unterbindung. Heilung ohne Ernährungsstörung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 95.)

T. nahm im Militärlazarette zu Frankfurt a/O. bei einem Füsilier (Alter nicht angegeben!) eine ausgedehnte Exstirpation tuberkulöser Lymphome an der linken Halsseite vor, wobei stark in die Tiefe gegangen wurde, so dass der Vereinigungswinkel zwischen den Vas. subclav. und den Halsadern ausgedehnt freigelegt wurde. Aus dieser Gegend wurden zuletzt noch 2 haselnussgroße Drüsen stumpf ausgelöst. Schon am Abend der Operation starke Durchnässung des Verbandes, weiterhin profuse Entleerung von Chylus, die auch durch feste Wundtamponade nicht hintanzuhalten war. Dabei Fieber bis 39°, Puls 120, starker Durst, Appetitverlust, rapider Kräfteverfall. Desshalb 3 Tage nach dem Eingriffe Aufsuchung und Unterbindung des D. thoracicus. Erweiterung der Wunde mit subperiostaler Ablösung des Cleidomastoideus. Muskeln in der Wunde gelbgrau verfärbt. Freilegung des Venenwinkels, doch sickert die Chylusflüssigkeit viel tiefer hervor, innen vom Scalenus anticus. »Nachdem dieser nach außen gezogen und der hintere Bauch des Omohyoideus durchschnitten ist, sieht man unmittelbar auf dem Querfortsatze etwa des 7. Halswirbels zwischen dem M. longus colli und der Art. vertebralis die Flüssigkeit aus dem halblinsengroßen Querschnitte eines dünnwandigen Gefäßes wasserklar herausquellen. In dasselbe ließ sich eine Sonde in ganzer Länge gerade nach abwärts einführen. Der Gang wird gefasst und so weit frei präparirt, dass er in der 8 cm tiefen Wunde unterbunden werden kann.« Der Stumpf des abführenden Endes wurde nicht aufgesucht. Dasselbe hatte übrigens nie geblutet — die Venenklappen an der Einmündungsstelle waren also sufficient. Pat. überwand den nicht geringen postoperativen Collaps, entfieberte alsbald und genas. — 14 kg Gewichtszunahme in 3 Monaten.

F. erörtert, die einschlägige Litteratur (24 Nummern) heranziehend, die Ductusverletzung im Allgemeinen. Er hat 24 Fälle derselben gefunden. Die gelieferte Besprechung enthält Alles, was darüber zu wissen von Interesse ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) **Reichard.** Zur Kasuistik der Operationen bei Perikarditis.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Zwei von Lindner mit Erfolg operirte Fälle. In dem ersten handelte es sich um ein jauchig-eitriges Exsudat, entstanden durch Stich mit einem Federmesser in den Herzbeutel. Resektion eines 5 cm langen Stückes der linken 3. Rippe, Einlegen von 2 Drains. Heilung. — Im 2. Falle hatte sich nach Influenza und Gelenkrheumatismus ein hämorrhagisch-seröses Exsudat gebildet, das in Übergang zur Vereiterung begriffen war. Resektion des knorpeligen Theiles der 4. linken Rippe und Entleerung des Exsudates. Wegen der heftigen Stöße des vorliegenden Herzens ließ sich ein Drain nicht einführen; zum Offenhalten werden die Schnittränder des Perikards an das Perichondrium und die Muskelschicht genäht. Heilung.

R. empfiehlt Rippenresektion gegenüber der bloßen Incision in einen Interkostalraum. Auch bei nicht eitrigen Ergüssen mit bedrohlichen Erscheinungen sei diese Radikaloperation indicirt. Zum Schlusse stellt R. in einer Tabelle die seit 1881 operativ behandelten Fälle zusammen.

Haeckel (Stettin).

21) **Pels-Leusden** (Berlin). Zur Kasuistik der Aortenaneurysmen. (Aus der chirurg. Universitäts-Klinik der Charité.)

(Charité-Annalen. Jahrgang XXV. Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1900.)

Ein 37 Jahre alter Mann war wegen hochgradiger Athemnoth unter Lokalanästhesie tracheotomirt worden, ohne dass sich danach die Athemnoth vermindert hätte. Erst als ein Schlundrohr in die Luftröhre eingeführt worden war, wurde die Athmung frei; beim Einbringen wurde etwa 8 cm tief eine verengte Stelle überwunden. Später wurde das Schlundrohr durch eine König'sche Spiralfederkanüle ersetzt, die ca. 4 Monate blieb liegen, da ihre Entfernung unmöglich war. Es wurde das Vorhandensein eines Aneurysma am Aortenbogen angenommen und durch das Röntgenbild erwiesen, welches (2 Abbildungen) die pulsirende Geschwulst über dem Herzen deutlich zeigte, zugleich auch die durch sie veranlasste Ausbiegung der Sonde nach rechts. Plötzlich trat unter Erscheinungen innerer Blutung der Tod ein; nach außen entleerten sich durch Mund und Kanüle nur ca. 10 ccm. Dies wurde durch den Sektionsbefund erklärt, indem der fast kindskopfgroße aneurysmatische Sack in die mit ihm verwachsene Pleura durchgebrochen war, wobei auch noch ein Zipfel Lungengewebe, aber ohne größeren Bronchialzweig getroffen worden war; in der linken Pleurahöhle befand sich etwa 1 Liter Blut. Die Wand des Sackes war 2—3 mm dick, hinten ulcerirt und mit Thrombusmassen bedeckt. Der linke Hauptbronchus ist von oben nach unten zusammengedrückt, nach der Luftröhre zu wölbt sich der Sack von rechts nach links stark vor, ihre Schleimhaut ist mehrfach arrodirt, die Scheidewand zwischen Geschwulsthöhle und Lichtung der Luftröhre ist überall 1 cm dick.

Recht auffallend ist der Unterschied zwischen den im verkleinerten Maßstabe wiedergegebenen beiden Röntgenbildern, deren eines einige Zeit vor, das andere kurz nach dem Tode aufgenommen war. In letzterem erscheint die Geschwulst erheblich kleiner, die linke Pleurahöhle oben wenig, unten stark im Schatten.

Die Zweckmäßigkeit der Spiralkanüle wird besonders hervorgehoben, da sie weder die dicke Scheidewand durchbohrt, noch in der Schleimhaut trotz monatelangen Verweilens wesentliche Störungen verursacht hatte.

Lühe (Königsberg i./Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. **Sonnabend, den 27. April.** **1901.**

Inhalt: L. Braun, Atropin vor der Äthernarkose? (Original-Mittheilung.)

1) **Remedi**, Einfluss antiseptischer Mittel auf die Entwicklung von Mikroorganismen in Wunden. — 2) **Parascandolo**, Künstliche Durchblutung. — 3) **Munger**, Encymol gegen inficirte Wunden. — 4) **Baudi**, Drüsenexstirpation bei Pest. — 5) **Mynter**, Appendicitis. — 6) **Le Dentu**, Leistenbrüche. — 7) **Engelhardt** und **Neck**, Veränderungen an Leber und Magen nach Netzabbindungen. — 8) **Fenwick**, Magensarkom. — 9) **Körte** und **Herzfeld**, Magengeschwür. — 10) **Weir**, Duodenalgeschwür. — 11) **Fischer**, Gastroenterostomie. — 12) **Garbarini**, Darmresorption bei Ileus. — 13) **Mayo**, Ileocoecalklappe und chronische Verstopfung. — 14) **Pichler**, 15) **Prutz**, Mastdarmkrebs. — 16) **Dowd**, Gekröscyste. — 17) **Caponago**, Blutstillung bei Leberwunden. — 18) **Malenjuk**, 19) **Rasumowsky**, Echinokokken. — 20) **Ehret** und **Stolz**, 21) **Herrmann**, 22) **Opie**, Gallensteine.

C. Bayer, Akuter intraperitonealer Erguss — ein Frühsymptom innerer Einklemmung. (Original-Mittheilung.)

23) **Bertelsmann**, Gebiss in der Speiseröhre. — 24) **Dennis**, Gastrostomie bei Ösophagusstriktur. — 25) **Rydygier**, Magenoperationen. — 26) **Nicaise** und **Salomon**, 27) **Millau**, 28) **Tricomi**, Echinokokken. — 29) **Willard** und **Spiller**, Beckengeschwulst. — 30) **Salomoni**, Arteriennaht. — 31) **Prévost**, Thoraco-Xiphopag.

Atropin vor der Äthernarkose?

Von

Dr. **Ludwig Braun** in Neubrunn.

In No. 11 dieser Blätter empfiehlt Herr Dr. Reinhard die Injektion von Atropin vor Einleitung der Äthernarkose, um »die manchmal ganz kolossale Absonderung von Speichel und Schleim seitens des Mundes und der Respirationsorgane« zu verhindern. Leider fügt Dr. Reinhard nicht hinzu, welcher Maske und welcher Äthermarke er sich zu bedienen pflegt.

Beides scheint mir aber von Bedeutung zu sein. Ich hatte Gelegenheit, im Laufe des letzten Jahres 100 Äthernarkosen in der Wiener Privatheilanstalt des Herrn Dr. Fürth zu leiten, bei denen ich mich stets der Longard-Wagner'schen Maske (beschrieben in No. 48 dieses Blattes 1898) und des Merck'schen Narkoseäthers bediente. Dabei trat niemals irgend erhebliche Absonderung von

Speichel und Schleim auf, keinesfalls mehr als bei einer sehr ruhig verlaufenden Chloroformnarkose — überhaupt machten die Pat. stets den Eindruck ruhig schlafender Menschen. In 2 Fällen stellten sich nach der Operation ganz leichte Pneumonien ein, die sich auf kleine Herde beschränkten und rasch abheilten; beide Male handelte es sich um Laparotomien, und nach solcher treten ja auch bei Benutzung von Schleich'scher Lokalanästhesie manchmal Pneumonien auf; überdies war der eine Pat. vorher schon 1mal, die andere 2mal vorher laparotomirt worden. Der Vollständigkeit willen erwähne ich, dass, um das Annarkotisiren zu beschleunigen, in den ersten Minuten bis zum Eintritte der Toleranz in der Regel Chloroform Pictet aufgetropft wurde, und dass nur 3mal Morphiuminjektionen vorausgeschickt wurden.

Obzwar Dr. Reinhard bisher niemals üble Folgeerscheinungen bemerkt hat, muss man doch bemerken, dass Atropin kein ganz harmloses Mittel ist; kürzlich sah ich erst eine schwere Intoxikation nach einer Atropininjektion, die in Folge der warmen Empfehlung des Mittels gegen Ileus verabreicht wurde. Ich glaube daher, wer eine gute Äthermarke und die Longard-Wagner'sche Maske verwendet, die leider bisher nicht die verdiente Würdigung gefunden zu haben scheint, kann ruhig das Atropin als überflüssig fortlassen und wird trotzdem vom Verlaufe der Narkosen sehr befriedigt sein.

---

1) **V. Remedi** (Cagliari). Della influenza che gli antisettici spiegano sullo sviluppo degli schizomiceti nelle ferite.

Cagliari, 1901. 23 S.

Erster Theil einer Serie von Untersuchungen über den Einfluss antiseptischer Mittel auf die Entwicklung von Mikroorganismen in Wunden: Welchen Einfluss haben sie auf gesunde Gewebe; in welchem Grade von Widerstandsfähigkeit befinden sich diese nach ihrer Anwendung gegenüber einer möglichen Invasion pathogener Mikroorganismen? — R. arbeitete mit Sublimat und Tetanuskulturen an Meerschweinchen. Für Sublimat resultirt aus seinen Versuchen die Warnung vor seiner Verwendung, weil es auch in geringer Menge die normale Widerstandsfähigkeit der Gewebe herabsetzt, die gegenüber dem unvermeidlichen Eindringen von Bakterien erforderlich ist.

J. Sternberg (Wien).

---

2) **C. Parascandolo** (Neapel). Il lavaggio del sangue nelle malattie con speciale riguardo alle scottature.

(Clinica chirurgica 1899. No. 8—10.)

P. und Ajello haben schon 1896 (cf. Centralblatt für innere Medicin 1896 p. 1303) Mittheilungen über die Ursachen des Verbrennungstodes und die therapeutischen Hilfsmittel dagegen veröffentlicht.

Danach ist der Tod der Resorption und Vertheilung einer aus der chemischen Alteration der betroffenen Gewebe entstandenen toxischen Substanz zuzuschreiben. Die Entfernung des Brandschorfes, noch mehr aber die Einfuhr von künstlichem Serum verhindert diese Resorptionswirkung, kann sogar vor dem Tode bewahren.

P. hat diesen Fragen auch weiterhin sein Interesse zugewendet und kann nun auf den theoretischen Ausbau seiner Ergebnisse so wie auf klinische Erfahrungen hinweisen.

1) 3jähriges Mädchen, schwere Brandwunden an den Oberschenkeln, Anurie, Bewusstlosigkeit, Erbrechen. Nach 48 Stunden als letztes Mittel Injektion von 2mal 300 g künstlichen Serums in die Vena cephalica. Nach ganz kurzer Zeit Erwachen, Harnabgang; die Euphorie bessert sich noch weiter nach neuerlichen Infusionen, die dann noch durch 8 Tage subkutan fortgesetzt wurden. Heilung.

2) 17jähriges Mädchen, schwere Verbrühung am Abdomen und den Oberschenkeln. Stupor, 30,2° C., Anurie. Nach 24 Stunden Infusion von 400 cc, in den nächsten Tagen je 500 cc in die Vena basilica. Allmähliche Besserung. 14 Tage lang je 400 cc eingeführt. Heilung.

3) 4jähriges Mädchen, Pneumonia acuta, dazu Brandwunden an Brust und Rücken. Nach 48 Stunden Infusion von 250 cc in die Basilica, Abends weitere 250 cc, Besserung aller Symptome, dann Fortsetzung subkutan durch etwa 7 Tage. Heilung.

P. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Lehre von der künstlichen Serumeinfuhr ist noch nicht ausgebaut, ist aber von besonderem Werthe. Subkutane Infusion ist überall anwendbar, endovenöse wirkt rascher, ist aber schwieriger (Asepsis).

Der Arbeit ist eine ausführliche Darstellung der Geschichte und des jetzigen Umfanges unserer Kenntnisse von der »künstlichen Durchblutung« vorangeschickt, der Folgendes zu entnehmen wäre.

Die Zahl der künstlichen Sera ist bereits sehr groß. P. zählt mehr als ein Dutzend auf, die in Quantitäten von 5 bis zu 500 cc pro dosi erprobt und empfohlen wurden. Das Einfachste bleibt 0,8 bis 1‰ige Chlornatriumlösung. Diese erfüllt durchaus alle Bedingungen: klar, sterilisirbar und bei 30—40° C. den Blutkörperchen unschädlich zu sein. Die Einfuhr kann subkutan, intravenös, intraarteriell, intraperitoneal, rectal erfolgen. Zur subkutanen genügt jede gereinigte Spritze, so wie alle Formen von Druckverwendung. P. bedient sich eines Gebläses mit Luftfilter an einer Spritzflasche; des gleichen Apparates zur endovenösen Applikation. Der arterielle Weg (Roux) ist ziemlich verlassen; die intraperitonealen Infusionen werden immer von Neuem, besonders bei Sepsis empfohlen; so auch »pleurale Injektionen« (Magendie und Bozzolo). Gute Erfolge sind in besonderem Maße von der rectalen Applikation bekannt. — Die Menge kann beim Kaninchen bis auf 3 cc pro Minute und Kilo, beim Hunde bis auf 6 cc ohne jeden Schaden gesteigert werden. Sie kann sogar (Dastre) $^2/_3$ des Gesammtgewichtes erreichen; denn es beginnt alsbald die Ausscheidung durch den Harn, so dass schließlich nie mehr als 25% des Blutgewichtes zurückbleiben. Dabei wechselt der Blutdruck nur wenig. Die Temperatur steigt meistens

bedeutend an, stürmisch bei endovenöser, ruhiger bei subkutaner Einfuhr, in diesem Falle sogar nach anfänglicher Erniedrigung. Gewöhnlich sind Puls- und Respirationsfrequenz auch gesteigert. — Die therapeutische Verwendung ist bereits sehr ausgebreitet; sie umfasst vor Allem Anämien, Intoxikationen aller Art und Infektionen. Die hauptsächliche Wirkung ist in der Wiederherstellung der Nierenfunktion zu sehen. Auch die verschiedensten Bakteriotoxine werden in dieser Weise unschädlich gemacht (Staphylococcus, Streptococcus, Cholera, Typhus, Pneumonie, Tetanus, Rabies, Eklampsie, Urämie).

J. Sternberg (Wien).

---

3) **Munger.** A physiological solvent in treatment of the pus gases.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 1.)

M. empfiehlt 50%ige Lösung von Encymol = künstlichem Magensaft zur Injektion in eiternde und inficirte Wunden und will mit dieser Lösung bei Mastoideus- und Mittelohreiterungen, bei Abscessen aller Art nach Drüsen und auch bei Brandwunden gute und namentlich sehr schnelle Erfolge erzielt haben. Die Lösung wird in Höhlenwunden eingespritzt, bei flachen Wunden wird mit ihr getränkter Verbandstoff aufgelegt. Nekrotisches Gewebe wird verdaut, eben so der Eiter, die Reste können dann mit Kochsalzlösung abgespült werden. Die Lösung soll gesunde Haut und Schleimhaut nicht reizen. Faulige Sekrete sollen schnell geruchlos werden. 12 Fälle sind mitgetheilt.

Trapp (Bückeburg).

---

4) **Baudi.** L'intervento chirurgico nella peste bubbonica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 9.)

Nach den positiven Resultaten Terni's im Krankenhause Paula Candida in Jurujuba in Brasilien hat B. Versuche über die Heilung der Pest durch Drüsenexstirpation angestellt. Dieselben ergaben, dass die Pestbacillen sich nur auf dem Lymphwege verbreiten und so zuerst die Drüsen befallen. In den zuerst afficirten Drüsen bleiben sie ziemlich lange liegen. Daher ist die Exstirpation dieser Drüsen stets im Beginne der Erkrankung angezeigt.

Dreyer (Köln).

---

5) **Mynter.** Appendicitis and its surgical treatment. 3. ed.

Philadelphia, **J. B. Lippincott company,** 1900.

Nach einer historischen Einleitung und kurzer anatomischer Beschreibung geht Verf. auf die Ätiologie ein und theilt die Ursachen in prädisponirende und den Anfall auslösende. Zu ersteren rechnet er Lage und Bau, Darmstörungen, vorausgegangene Anfälle, konstitutionelle Veranlagung und Alter, Geschlecht und Nationalität. Besonders erwähnt sei die Ansicht, dass in der Jugend durch Überwiegen des Lymphgewebes im Wurmfortsatze die größere Neigung

zu Entzündungen besteht. Unter auslösenden Ursachen (exciting causes) rechnet Verf. Konkremente und Fremdkörper (letztere selten), Mikroorganismen, Strikturen und mechanische Behinderungen, Trauma, Magenüberladung, Aktinomykose. Es können nach seiner Ansicht die verschiedensten Ursachen zusammenwirken zur Erzeugung der Entzündung, und er nimmt dies als Regel an, indem er den mechanischen Ursachen (Strikturen) die wesentlichste Rolle zuerkennt. Es folgt darauf eine Besprechung der pathologischen Verhältnisse, wobei M. genauer auf die Entstehung der Strikturen etc. eingeht. Die Kapitel über die Krankheitserscheinungen und die Neben- und Folgekrankheiten enthalten nichts wesentlich Neues. Bei dem Kapitel Diagnose ist Folgendes erwähnenswerth: Verf. empfiehlt sehr das Verfahren von Edebohls zur Tastung des Wurmfortsatzes. Edebohls behauptet, ihn fast immer, auch wenn er hinter dem Blinddarme liegt, fühlen zu können, da der Blinddarm selten mit Koth gefüllt sei. Die Abgangsstelle von letzterem liegt in fast allen Fällen am bekannten MacBurney'schen Punkte (Verbindungslinie zwischen Nabel und Spina anterior superior, äußerer Rectusrand); die Art. iliaca communis liegt nach innen vom Abgangspunkte. Man fühlt den normalen Fortsatz als flaches Band, den erkrankten als rundliches Gebilde, indem man ihn gegen den Psoas verschiebt und unter den Fingern rollt. Bei akuten Entzündungen ist dies Verfahren natürlich nur in den ersten Anfängen anwendbar. Über Diagnose des Durchbruches, des umschriebenen Abscesses und der akuten Peritonitis ist Bekanntes angeführt. — Bei der Differentialdiagnose geht Verf. auf das Vorhandensein von Typhlitis stercoralis ein, welche er für häufig hält. — Die Prognose hängt ab von den Komplikationen bezw. der frühzeitigen chirurgischen Behandlung, welche diesen vorbeugt. — Bei der Behandlung ausgesprochener Appendicitis verwirft M. gänzlich die Opium-, überhaupt die innere Behandlung als solche, erklärt die Krankheit für eine durchaus chirurgische und betont ausdrücklich, dass er die möglichst frühzeitige Operation bevorzugt, allerdings mit der Einschränkung, dass er bei leichteren Fällen, in denen nach 24 Stunden der Puls ruhiger wird und die Temperatur abfällt, die Operation in der freien Zeit macht. — Solche Fälle dagegen, welche alle Zeichen der Appendicitis aufweisen, und bei denen der Puls keine Neigung zeigt, nach 24 Stunden zurückzugehen, räth er, sofort zu operiren. Als Kontraindikation hierbei lässt er nur sehr ungünstige äußere Umstände gelten. Die Einzelheiten, wie er die Operation in den verschiedenen Fällen ausführt, würden zu weitläufig sein zum Referiren; sie unterscheiden sich nicht wesentlich von den bekannten Verfahren. Den amputirten Wurmfortsatz stülpt Verf. wie einen Handschuhfinger in den Blinddarm ein und vernäht die Stelle einfach oder doppelt.

Seine Schlussfolgerungen sind: In jedem Falle von Appendicitis ist Heilung durch Operation möglich, und zwar Radikalheilung. Der Ausgang der Krankheit hängt allein ab vom Zeitpunkte der Operation.

Es handelt sich dabei oft um wenige Stunden. In allen akut und stürmisch einsetzenden Fällen, bei denen nicht nach 24 Stunden Fieber etc. zurückgehen, ist sofort zu operiren. Man kann nie zu früh, wohl aber zu spät operiren. Innerliche Behandlung ist zu verwerfen.

Ein Litteraturverzeichnis von über 150 Nummern ist beigefügt, die deutsche Litteratur ist ziemlich vollständig, wenigstens in ihren wichtigen Werken.

Einige Abbildungen beim Kapitel Anatomie und Behandlung würden von Vortheil sein. Das Buch kann als kurz und übersichtlich geschrieben empfohlen werden. **Trapp** (Bückeburg).

---

6) **Le Dentu.** Exposé d'un procédé spécial de cure médicale des hernies inguinales.

(Revue de chir. 1900. No. 12.)

Das vom Verf. seit 12 Jahren angewandte und allmählich immer mehr vervollkommnete Verfahren der Radikaloperation von Leistenbrüchen entspricht in seinem ersten Theile der Kocher'schen Methode: der Hindurchziehung des isolirten Bruchsackes durch eine oberhalb des äußeren Leistenringes angelegte kleine Öffnung mit nachfolgender Abtragung des Sackes im Niveau der letzteren. Der nunmehr nur noch den Samenstrang enthaltende Leistenkanal wird alsdann, während seine andere Wand durch den eingeführten Zeigefinger stark vorgedrängt wird, in seiner ganzen Länge durch in U-Form und senkrecht zur Längsachse der emporgehobenen Falte angelegte Katgutnähte zum Verschlusse gebracht (Einzelheiten s. im Original). — Das Verfahren wird bei Bestehen von Verwachsungen der Eingeweide im Bruchsacke, die eine Spaltung der vorderen Kanalwand und eine andere Behandlung des Bruchsackes (doppelte Ligatur, Torsion etc.) nothwendig machen, etwas modificirt. **Kramer** (Glogau).

---

7) **G. Engelhardt** und **K. Neck.** Veränderungen an Leber und Magen nach Netzabbindungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 308.)

Verff. berichten in ihrer aus der pathologisch-anatomischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses in Chemnitz hervorgegangenen Arbeit über die Ergebnisse von 24 Thierexperimenten, die an Meerschweinchen, Hunden und Kaninchen ausgeführt wurden. Da 4 Thiere in Folge der Operation (aseptische Laparotomie, Ligatur und meist auch Resektion des Netzes) starben, ergaben 17 Versuche brauchbare Resultate. Nach 2 bis 12 Tagen wurden die Thiere getödtet und dann genauestens obducirt. Nur ein Thier zeigte makroskopisch Peritonitis, aber auch das anscheinend gesunde Bauchfell erwies sich bei bakteriologischer Prüfung 7mal von Keimen (Kokken, bezw. Stäbchen) bewohnt.

Makroskopisch und durch Sondenprüfung waren weder an den Netzstümpfen noch in den Eingeweiden Thromben auffindbar. Wohl aber mikroskopisch. An der Netzligatur fanden sich 11mal »gemischte« Thrombosen, und zwar meist in den Venen. 8 Versuchsthiere hatten ferner in der Leber, an der Oberfläche und an den freien Rändern, seltener im Parenchym schon mit bloßem Auge sichtbare scharf umschriebene Herde von blassem, gelblich-trübem Aussehen, stecknadelkopf- bis linsengroß. Zuweilen waren diese von rothem Hofe umgeben oder von rothen Punkten und Streifen durchsetzt (Hämorrhagien). In 4 anderen Fällen entsprachen den erwähnten gelblichen Herden nekrotische Gewebspartien, wobei zugleich in einiger Entfernung davon in den mittleren und kleineren, nicht interlobulären Pfortaderästen geschichtete Pfröpfe gefunden wurden, theilweise auf Gefäßtheilungsstellen reitend. Diese Pfröpfe glichen völlig den in den Netzstümpfen gefundenen Thromben, sind also als Embolie anzusehen, deren Folgen jene Nekrosen waren. Im Magen fanden sich bei 6 Versuchsthieren feine Schleimhautblutungen, nie dagegen Erosionen oder Geschwüre. Wohl aber fanden sich bei 2 Versuchsthieren obturirende Pfröpfe in den Venen der Mucosa und Submucosa; daneben waren stellenweise auch die zugehörigen Arterienzweige verstopft. Auch hier muss man annehmen, Embolien vor sich zu haben, und kann es sich nur um rückläufige Embolien sowohl aus Pfordaderstämmchen als aus Arterienästchen gehandelt haben (v. Eiselsberg). Nur ein Thier zeigte tiefere Veränderungen an der Magenschleimhaut, wenn auch erst mit dem Mikroskop. Der Netzstumpf war in diesem Falle fast völlig nekrotisch geworden, und die Abimpfung vom Bauchfelle ergab trotz Fehlens von Peritonitis kurze plumpe Stäbchen. An der großen Magenkurvatur standen dicht punktförmige Blutungen. An mehreren Stellen bestanden keilförmige Schleimhautnekrosen, mit ihrer Spitze bis tief in die Drüsenschicht hineinreichend. Die Kapillaren dieser nekrotischen Herde waren dicht verstopft mit Bacillen. Verff. zweifeln nicht, dass diese nekrotischen Herde sich noch zu Erosionen bezw. Geschwüren hätten weiter entwickeln können, und erinnern daran, dass auch v. Eiselsberg an einen Zusammenhang der postoperativen Magengeschwürsbildung mit septischen Vorgängen gedacht hat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **W. S. Fenwick.** Primary sarkoma of the stomach.

(Lancet 1901. Februar 16.)

Verf. schätzt die Häufigkeit des Magensarkoms auf Grund früherer Statistiken und an der Hand von 23 eigenen Fällen von Magenneubildungen auf 5—8% unter allen bösartigen Geschwülsten des Magens.

Es werden besonders die diagnostischen Symptome der Rundzellensarkome oder Lymphosarkome, dann die der Spindelzellen-

sarkome, die Verf. mit den Fibrosarkomen identificirt, ferner die der seltenen Myo-, Myxo- und Angiosarkome besprochen.

Um Rundzellensarkome handelt es sich in 62% der Fälle aller zusammengestellten Magensarkome, während Spindelzellensarkome 22% stellen. Erstere sind die am meisten bösartigen Formen, ungefähr 70% der genau beschriebenen Fälle unter ihnen haben Metastasen gemacht; die benachbarten Drüsen waren stets vergrößert und in der Hälfte der Fälle sarkomatös infiltrirt, während die perigastrischen Drüsen bei den Spindelzellensarkomen nur in 37% der Fälle afficirt waren.

Differentialdiagnostisch mit Carcinom kommt besonders die häufigste Sarkomform, die Rundzellengeschwulst, in Betracht; die bei ersterem durch Infiltration und Verwachsungen des großen Netzes verursachte, von außen fühlbare Geschwulst fehlt hier gewöhnlich. In 15% der Rundzellensarkome ist die Milz nachweisbar stark vergrößert durch Pulpahyperplasie, im Gegensatze zum Magensarkom, wo eine gelegentliche Milzvergrößerung durch eine metastatische Erkrankung bedingt ist. In 11% der Rundzellensarkome trat Perforation ein, eine Häufigkeit, bedingt durch die charakteristische sekundäre Erweichung und das Fehlen jeglicher Verwachsungen. Größere Hämorrhagien sind bei ihnen ziemlich selten, kleine kapilläre Blutungen, durch Ulceration bedingt, dagegen häufig. Bei sorgfältiger Untersuchung des Kothes wird man oft die Anwesenheit veränderten Blutes, beim Magenaushebern die Zumischung von Kaffeegrund ähnlichem Material zum Inhalte erkennen können. Das Durchschnittsalter der mit Rundzellensarkom Behafteten schwankt zwischen 29 und 34 Jahren. Narben früherer Geschwüre disponiren wie beim Carcinom zur Erkrankung. Albuminurie war in $^1/_6$ der Fälle vorhanden, gewöhnlich bedingt durch sekundäre Nierengeschwülste. Bei den Rundzellensarkomen ist Diarrhöe ein bemerkenswerthes Zeichen. Lokale Symptome können während des ganzen Verlaufes der Erkrankung vollständig fehlen, während in den meisten Fällen gelegentliche Schmerzen auftreten. Während so bei den Rundzellensarkomen nur in 30% eine Geschwulst zu tasten war, findet sich solche bei den Spindelzellengeschwülsten fast regelmäßig; letztere können recht beträchtliche Größe erreichen, eine Eigenschaft, die sie auch mit den Myosarkomen gemein haben. — Spindelzellensarkome betreffen besonders das Alter gegen 51 Jahre und sind 5mal so häufig bei Frauen als bei Männern. Hämorrhagien sind bei ihnen bei Weitem häufiger. Die Geschwulst selbst ist im Allgemeinen frei beweglich im Gegensatze zum Carcinom, welches durch ausgedehnte Verwachsungen mit den benachbarten Organen unveränderlich fixirt ist. Magendilatation und sichtbare Peristaltik sind bei Sarkom des Pylorus fast immer vorhanden. Außer diesem Sitz gewöhnlich an der vorderen Wand. Bei diffuser Infiltration des Organs ist der Magen kontrahirt und seine Grenzen durch Colon transversum verdeckt.

Typisch für Magensarkom sind ferner die Metastasen in der Haut; häufig sind es 1—2 kleine Knoten in oder um den Nabel herum, die sich von da aus oft an Größe und Menge verbreiten. Die Untersuchung solcher und anderer zugänglicher Metastasen kann die Diagnose sicher stellen. Die Generalisation der Krankheit ist gelegentlich begleitet von den Symptomen der Purpura. Während die chemische und mikroskopische Mageninhaltuntersuchung keine Abweichung von dem Zustande bei Cavernom bietet, ist für Magensarkom noch charakteristisch ein leichtes, aber kontinuirliches Fieber begleitet von rapid zunehmender, schwerer Anämie.

F. Kraemer (Berlin).

---

9) **W. Körte** und **J. Herzfeld.** Über die chirurgische Behandlung des Magengeschwüres und seiner Folgezustände (Pylorusstenose, Magenerweiterung, Blutung).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Die Arbeit ist ein ausgedehnter specieller Bericht über das reichhaltige Material K.'s, so weit es die Operationen bei gutartigen Magenerkrankungen betrifft. Die Zahl der Fälle beträgt 38, welche vornehmlich gutartige Pylorusstenosen, resp. Magengeschwüre darstellen. Unter den ätiologischen Faktoren, die zur Erkrankung des Magens und zu operativem Eingreifen Anlass gaben, finden wir 1mal Trauma, 3mal das Trinken ätzender Flüssigkeiten angegeben, ferner auch 1mal eine Pericholecystitis, welche durch ihren Einfluss auf den Pförtner zu einer Undurchgängigkeit desselben geführt hatte.

Bezüglich der Dauer des Leidens, das den Eingriff veranlasst, wurde meist eine Anamnese langjähriger Krankheit angeführt, so dass auch der Ernährungszustand der Pat. allermeist ein reducirter war.

Unter den Symptomen der Kranken fehlten Magenschmerzen und Erbrechen niemals; 32mal war Stenose des Magenausganges und Magenerweiterung zu konstatiren. Der Sitz der Verengerungen betraf meist den Pylorus selbst, einige Male auch die Umgebung desselben sowohl cardiawärts wie gegen das Duodenum hin; die Verff. machen auch auf die bekannten Thatsachen aufmerksam, dass Geschwüre in der Nähe des Pförtners sowohl reflektorisch wie durch Schwellungszustände ebenfalls zur Pylorusstenose Veranlassung geben können. 13mal bildete die entzündliche Verengerungsstelle eine Geschwulst, die leicht zu Verwechslung mit Carcinom führen kann. Desshalb wurden auch einige Male Resektionen vorgenommen, bei denen erst die mikroskopische Untersuchung die Natur des Leidens aufklärte. Unter allen Fällen fehlte 4mal die Salzsäure, Milchsäure wurde 4mal nachgewiesen. Aus diesen Verhältnissen ist ersichtlich, dass die Diagnose oft sehr schwierig, manchmal erst bei der Operation festzustellen war.

Die organische Verengerung des Pylorus stellt eine absolute Indikation zur Operation dar; bei hochgradigen Geschwürsbeschwerden

dagegen ist ein Eingriff erst nach Erschöpfung aller internen Hilfsmittel geboten. Bei Leuten aus der arbeitenden Klasse wird man aus socialen Gründen manchmal eher zum Messer greifen müssen als bei Pat., die sich schonen können.

Schwer ist bei Blutung von Magengeschwüren die Indikation für einen Eingriff zu stellen; speciell sind die Aussichten bei den profusen einmaligen Blutungen auch nach der Verff. Ansicht schlechte, da es sehr schwer ist, die Stelle der Blutung zu finden und letztere mit unseren üblichen Methoden der Naht und Tamponade zu stillen. Bei Perforation der Magengeschwüre ist bei noch befriedigendem Kräftezustande ein sofortiger Eingriff geboten. Der Chok bildet keine Kontraindikation, sondern wird am ehesten selbst durch die Naht des eröffneten Magens und Herausspülung der Speisetheile aus der freien Bauchhöhle beseitigt.

Gastroenterostomien sowohl wie die anderen üblichen Operationen (Pyloroplastik und event. Resektion) beseitigen nach Pylorusstenoseoperationen die Dilatation, wenn dieselbe noch nicht allzulange bestand. Nicht selten bleibt aber auch eine Dilatation zurück; indessen hört trotzdem die Stagnation des Mageninhaltes auf, so dass doch ein guter Erfolg resultirt. Bei den offenen Magengeschwüren führt die Gastroenterostomie durch Entlastung des Magens zur Heilung. So lange aber die Hyperacidität besteht, sind Recidive nicht ausgeschlossen. Die Resektion soll beim Magengeschwüre nur dann vorgenommen werden, wenn man selbst bei der Laparotomie nicht unterscheiden kann, ob es sich um Geschwür oder Carcinom handelt. Von der zweizeitigen Resektion und der Heidenhain'schen Jejunostomie, der erst später eine Radikaloperation folgen soll, halten Verff. nicht viel. Von den Magen-Darmfisteln bevorzugt K. die Gastroenterostomia retrocolica nach v. Hacker. Den Vorschlag von Witzel, Vereinigung von Gastroenterostomie und Gastrostomie, verwirft er, eben so die in Hinsicht des Dauerfolges unsichere Pyloroplastik.

Was die Art der Operationen betrifft, die bei den 38 Pat. vorgenommen wurden, so ward 3mal die cirkuläre, 1mal eine segmentäre Resektion ausgeführt; bei 30 Fällen wurde eine Magen-Darmfistel angelegt; von diesen letzteren starben 7. Bei einem Pat. mit Ösophagus- und Pylorusstenose war K. genöthigt, eine Magenfistel und Gastroenterostomie zu gleicher Zeit anzulegen. Leider entstand durch das Ösophagusgeschwür eine Perikarditis mit tödlichem Ausgange. 2 andere Pat. starben nach der Gastroenterostomie an Verblutung. Der eine derselben hatte die letzte Hämatemesis 10 Tage, der andere dagegen $^1/_2$ Jahr vor der Operation gehabt. Man fand bei den Sektionen beide Male frisch arrodirte Gefäße auf dem Geschwürsgrunde. Leider schützt also die Gastroenterostomie vor Blutung aus tiefen Geschwüren nicht. Ein weiterer sehr seltener Befund nach einer Magen-Darmfistel war eine Phlegmone der Magenwand mit beginnender Peritonitis. Da Salzsäure im Magen vorhanden war, kann K. die Ansicht Stieda's nicht theilen, dass ein solches Vorkommnis

durch das Fehlen der Salzsäure begünstigt worden sei. Wahrscheinlich ist diese Phlegmone durch virulente Keime bedingt worden, die aus dem Magen selbst bei der Operation in die Wunde desselben gelangten.

3mal war es nöthig, nach der ersten Anastomose eine zweite zwischen den beiden Darmschenkeln der Fistel anzulegen; 1mal wurde das erst nach 2 Monaten nothwenig. Jedes Mal sistirte daraufhin das Galleerbrechen, das die Ursache zu dem zweiten Eingriffe abgegeben hatte. Prophylaktisch wurde in 4 anderen Fällen von vorn herein die Enteroanastomose hinzugefügt.

Neben mancherlei vorzüglichen Dauererfolgen erlebte es K. in einem Falle, dass 3 Jahre nach einer Gastroenterostomie im abführenden Jejunumschenkel ein Ulcus pepticum in Folge der Hyperacidität des Magensaftes eintrat, während das ursprüngliche Magengeschwür ausgeheilt war. Dieses neue Geschwür hatte einen subphrenischen Abscess und eine allgemeine Peritonitis erzeugt, an der der Kranke zu Grunde ging. Überhaupt war bei den Fällen, welche nach Jahren nachgeprüft wurden, Steigerung der Acidität und Herabsetzung der motorischen Funktion vorhanden. Trotzdem aber durften die Pat. als geheilt angesehen werden, da die Geschwüre vernarbt, die früher siechen Personen wohlaussehend und arbeitsfähig geworden waren.

Leider muss es sich Ref. versagen, noch auf weitere Einzelheiten der interessanten Arbeit näher einzugehen, um den erlaubten Raum für ein Referat nicht ungebührlich zu überschreiten. Es sei nur noch gestattet, auf die wohlausgebildeten Maßnahmen für die Vorbereitung und Nachbehandlung hinzuweisen, deren präcise Durchführung gewiss manchen verzweifelten Fall über den Eingriff glücklich hinwegbringt.

Ein Vorzug der Arbeit ist es, dass sie kritisch die Grenzen der chirurgischen Leistungsfähigkeit bei dem behandelten Gebiete festlegt. Trotz mancher Unvollkommenheiten, welche die Verff. selbst an ihren Resultaten konstatiren, darf man aber die Erfolge K.'s wie die Fortschritte der Chirurgie überhaupt in der Behandlung der gutartigen Magenaffektionen und ihrer Folgezustände als segensreiche ansehen. Die vorsichtige Indikationsstellung der Autoren wird ebenfalls allgemeine Anerkennung finden. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

10) **Weir.** Perforating ulcer of the duodenum.

(Transactions of the American surgical association Vol. XVIII.)
Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

W. giebt auf Grund der Litteratur ein ausführliches klinisches Bild des perforirenden Duodenalgeschwürs, ohne neue Gesichtspunkte vorzubringen. Was die operative Technik betrifft, so empfiehlt er einen am unteren Leberrande beginnenden und bis unterhalb des Colon transversum reichenden Schnitt innerhalb oder am Außenrande

des rechten Rectus, in dessen oberem Drittel ein zweiter transversaler Schnitt bis zur Mittellinie hinzugefügt wird.

W. selber hat nur einen Fall operirt, dessen Krankengeschichte folgende ist:

30jähriger Mann, der seit einigen Monaten an unbestimmten Magenbeschwerden ohne Hämatemesis litt, erkrankte 4 Tage vor der Aufnahme mit heftigen Schmerzen im Epigastrium, Frost, Fieber, Erbrechen und Prostration. Blut weder im Erbrochenen noch im Stuhle. Der Leib schwoll rasch an und wurde schmerzhaft und gespannt. Bei der Aufnahme ist die Leberdämpfung fast verdeckt, der Leib hochgradig tympanitisch, keine lokalisirte Schmerzhaftigkeit oder Dämpfung. Beiderseits Leistenhernie, rechts Darm in derselben. Puls 140, Temp. 104° F. Diagnose: Allgemeine Peritonitis in Folge Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwüres.

Große mediane Incision ober- und unterhalb des Nabels. An der Vorderwand des Duodenums nahe dem Pylorus eine scharfrandige, 1/4 Zoll im Durchmesser haltende Perforation. Doppelreihige Lembertnaht, sorgfältige Auswaschung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung, subkutane Transfusion. Tod kurz nach der Operation.

W. ist gegen eine Excision des Geschwürs, will dasselbe vielmehr einfach übernäht wissen. Er schließt an seine eigene Beobachtung kurze Krankengeschichten von 51 neuen, aus der Litteratur gesammelten Fällen von operativ behandelten Perforationen von Duodenalgeschwüren an und zeigt, dass die Prognose dieser Perforationen sich erheblich gebessert hat, seitdem man gelernt hat, sie sicherer zu diagnosticiren und innerhalb der ersten 24 Stunden zu operiren.

R. v. Hippel (Dresden).

---

11) **C. S. Fischer.** Observations on gastric functions before and after gastro-enterostomy.

(Transactions of the American surgical association Vol. XVIII.) Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

Die Beobachtungen wurden an 4 Pat. angestellt, welche von Weir operirt worden sind. 2mal handelte es sich um gutartige Pylorusstenosen, 1mal um Pylorospasmus mit Dilatation und Hyperacidität, 1mal um Dilatation ohne Pylorusstenose. Die Beobachtungen sind besonders werthvoll dadurch, dass sie sich über einen langen Zeitraum vor und nach der Operation erstrecken. Sie sind für ein Referat nicht geeignet. Allgemeine Schlüsse zieht Verf. aus denselben nicht, da sie ihm dazu zu wenig zahlreich erscheinen.

R. v. Hippel (Dresden).

---

12) **E. Garbarini** (Parma). Dell' assorbimento intestinale nell' ileo.

(Clinica chirurgica 1899. No. 10.)

Durch Kocher angeregt stellte Verf. Versuche über die Darmresorption beim Ileus an. G. experimentirte am Dünndarme des Kaninchens.

1) Normaler Darm. a) Eine Schlinge wird vorgezogen, durch Ausstreichen entleert und im Abstande von 25 cm doppelt unter-

bunden; mit feinster Nadel wird 1 mg Strychninnitrat pro Kilogramm Thier in 5‰iger Lösung injicirt und die Schlinge versenkt. b) Eine Schlinge von 26 cm wird in gleicher Weise isolirt, 1 cm einwärts des einen Endes eine dritte Ligatur ungeknüpft angelegt, an dieser Stelle Strychnin und durch dieselbe Öffnung so viel Luft in die Schlinge gebracht, bis die Schlinge sehr stark gebläht war, sodann die dritte, die Punktionsstelle komprimirende, Ligatur schnell geschlossen, die Schlinge versenkt. — Regelmäßig traten bei den Thieren der Gruppe a) die ersten Strychninkrämpfe nach durchschnittlich 45 Minuten, bei denen von b) nach 18 Minuten auf.

2) Vorher veränderter Darm. Um das untere oder mittlere Ileum wird eine Gazeligatur nur so fest gelegt, dass sie als Passagehindernis wirkt, 25 cm unterhalb eine lockere Ligatur als Marke geschlungen, der Darm reponirt, die Wunde genäht. Nach 24 bis 36 Stunden wird an die geblähte und hyperämische Schlinge 40 bis 50 cm unterhalb der konstringirenden Schlinge eine feste Ligatur angelegt, durch eine kleine Incision am oberen Ende der Darm entleert, die lockere Schlinge zugezogen und zwischen diese beiden, von einander 25 cm entfernten festen Ligaturen die Strychninlösung eingeführt. — In der korrespondirenden Gruppe wurde unter den oben genannten Kautelen auch Meteorismus erzeugt. — Vom schlaffen Darme aus war das Alkaloid im Durchschnitte nach 35 Minuten, vom geblähten nach 14 Minuten resorbirt. Allerdings war in diesen Fällen die Resorption wesentlich vom Zustande der Darmwand beeinflusst. Auch die vorausgehende Behandlung des Darmes mit Krotonöl ergab ähnliche Resultate.

3) Eine Dünndarmschlinge von 30 cm Länge wird wie oben isolirt und mit 10 ccm einer 5%igen Jodkaliumlösung beschickt und versenkt; die Blase freigelegt, die Harnröhre abgeklemmt und alle 2 Minuten der Blase 0,5 ccm Harn entnommen und auf Jod untersucht. Die ersten Spuren traten nach 40—45 Minuten auf. — Im Parallelversuche am chemisch (Krotonöl) veränderten, nicht meteorisirten Darme erschien Jod nach 28—35, am geblähten Darme schon nach 12—16 Minuten. — Für die künstliche Abschnürung musste bei der spärlichen Harnproduktion ein anderer Weg eingeschlagen werden, die quantitative JK-Bestimmung aus dem Inhalte der abgebundenen Schlinge. Die Zahlen sind: JK-Rest in der normalen, ungeblähten Schlinge nach 30—45 Minuten 0,39, verschwunden (G. zieht absichtlich diesen Ausdruck dem »resorbirt« vor) 0,10, in der normalen geblähten 0,19, verschwunden 0,30 g. In chemisch veränderten Schlingen 0,29 und 0,20 gegenüber 0,10 und 0,39 g in gleichen geblähten. In künstlich umschnürten Schlingen 0,28 und 0,21 gegenüber 0,11 und 0,39 g in eben solchen geblähten.

4. Eine Reihe von Experimenten wurde am Hunde ausgeführt, wobei zur Isolirung der Schlingen auch Enteroanastomosen oder totale Darmausschaltung mit cirkulärer Vereinigung angewendet wurden.

Die Resultate ergaben auch unter diesen Modifikationen überwiegende Resorption aus dem Darme.

G. schließt demnach:

1) Die Resorptionsfähigkeit einer nicht excessiv gereizten oder nicht allzulange abgeschnürten Dünndarmschlinge ist größer als die einer normalen.

2) Das Verschwinden einer eingeführten Substanz erfolgt rascher in einer stark geblähten Schlinge als in einer leeren, sei sie normal oder chemisch alterirt.

3) In Schlingen, deren Wände schwere Veränderungen aufweisen, tritt dieses Verschwinden bedeutend langsamer ein als in allen anderen.

Weiter konnte G. die Erfahrungen Hamburger's über die Wirkung des intraabdominalen Druckes auf die Resorption bestätigen.

Als chirurgisch-praktischer Schluss ist also die Wichtigkeit der raschen Entleerung abgeschnürt gewesener Schlingen (Kocher, Helferich u. A.), so wie die Warnung vor den stark wirkenden Abführmitteln zu abstrahiren. **J. Sternberg** (Wien).

---

13) **W. J. Mayo.** The ileocaecal orifice and its bearing on chronic constipation, with report of two cases.

(Annals of surgery 1900. September.)

Verf. bespricht die Anatomie der Ileocoecalklappe, die er auch am Lebenden bei einer Reihe von abdominalen Operationen sorgfältig abgetastet hat, um sich über die Weite des ileocoecalen Orificiums und dessen Beziehungen zur chronischen Verstopfung zu informiren. Bei normalen Verhältnissen gelingt es, mit dem Finger Dünndarmwand in den Blinddarm zu stülpen. In 2 Fällen von chronischer Konstipation war die Öffnung abnorm klein. Beide Male wurde Schmerz und Verstopfung durch eine plastische Operation nach Art der Heineke-Mikulicz'schen Pyloroplastik, die die Lichtung der ileocoecalen Öffnung vergrößerte, dauernd beseitigt. Verf. glaubt demnach, dass in gewissen Fällen eine organische oder funktionelle Verengerung der ileocoecalen Öffnung für eine Reihe von Symptomen verantwortlich zu machen ist, von denen Schmerz in der Gegend des Blinddarmes bei Ausschluss einer Erkrankung des Wurmfortsatzes und chronische Verstopfung die wichtigsten sind.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

14) **J. Pichler.** Zur Statistik der sacral operirten Rectumcarcinome.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

15) **W. Prutz.** Entgegnung.

(Ibid.)

Polemik über die Berechtigung und Gültigkeit der von Pichler gegebenen Statistik über die Erfolge und Mortalität der sacralen

Mastdarmoperationen. Beide Autoren bleiben auf dem von ihnen eingenommenen Standpunkt bestehen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

16) **C. N. Dowd.** Mesenteric cysts.

(Annals of surgery 1900. Oktober.)

D. fand im quer verlaufenden Mesocolon ein multilokuläres Cystadenom, das Pseudomucin enthielt und in seiner Struktur auffallend an ein Cystadenom des Eierstocks erinnerte. Den Zusammenhang zwischen beiden sieht er in seinem Falle in einer embryonalen ovariellen Versprengung. Alle Gekröscysten sind entweder als embryonal angelegte, als Echinokokken oder als bösartig aufzufassen. Das Auftreten von Dermoidcysten und Chyluscysten im Mesenterium, die die Struktur und äußere Gestaltung von Ovarial- bezw. Parovarialcysten zeigen und die in ihrer Wandung Lymphgefäße führen, lässt an embryonal angelegte Cysten denken, in die ein Erguss von Chylus erfolgt ist. Die bluthaltenden Cysten sind präformirte Cysten, in denen eine Hämorrhagie stattgefunden hat. Cysten mit einer an den Darm erinnernden Struktur scheinen Versprengungen von diesem zu sein. Seröse Cysten haben wahrscheinlich einen ähnlichen Ursprung. Sie liegen gewöhnlich nicht in den Lymphgefäßen. Echinococcuscysten sind eine Klasse für sich, die ihre Entstehung der Taenia echinococcus verdanken. Eine ausführliche Litteratur ist der Abhandlung beigefügt. **O. Müller** (Hirschberg i/Schl.).

17) **G. B. Caponago** (Parma). L'emostasi nelle operazioni sul fegato.

(Clinica chirurgica 1900. No. 2 u. 3.)

Verf. hat mit strömendem Wasserdampfe von 70° unter Druck Blutstillungsversuche an Hunden durchgeführt: »Heute ist Dampf unter Druck das bessere Blutstillungsmittel (als Heißluft), wenn er durch Kompression des Organs und Ligatur der größeren Gefäße unterstützt wird. Er nutzt 1) durch die Wirkung auf die kleinen Gefäße; 2) weil er, ohne zu verschorfen, Heilung p. p. i. zulässt; 3) weil das erzeugte Coagulum sehr fest haftet und als albuminreiche Substanz zur Ernährung der vernarbenden Oberfläche beiträgt.«

J. Sternberg (Wien).

18) **W. D. Malenjuk.** Zur Lehre vom chemischen Charakter und der differentiellen Diagnose des Echinokokkencysteninhaltes.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 5.)

Auf Grund von 15 Analysen stellt M. folgende 3 Hauptsymptome der Echinokokkenflüssigkeit auf: 1) den absolut und besonders relativ bedeutenden Inhalt von organischem nicht albuminösem Rest; 2) den absolut und besonders relativ bedeutenden Inhalt von Asche, und 3) die bedeutende reducirende Eigenschaft.

Verf. beschreibt ausführlich die Methode der Untersuchung obengenannter Flüssigkeiten, giebt eine Tabelle seiner eigenen Resultate und zum Schlusse die Krankengeschichten der von ihm untersuchten Fälle.

Glückel (B. Karabulak, Saratow).

---

19) **W. J. Rasumowsky.** Beiträge zur Frage über die operative Behandlung der Echinokokken. Provisorische Fixirung der vernähten Bauchorgane an die Bauchwand.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Für die operative Behandlung der Echinokokken hatte Bobrow einen großen Fortschritt gebracht durch seine Methode der Vernähung des von den Echinokokken befreiten Sackes und der darauf folgenden Versenkung des Stumpfes in die Bauchhöhle, worauf letztere völlig geschlossen wird. Die augenfälligen und bekannten Vorzüge dieses Verfahrens eiferten zur allgemeineren Nachahmung an, indessen stellten sich doch einige Nachtheile der Methode heraus. Die größere Wahrscheinlichkeit von Recidiven, die Schädlichkeit des Zurückbleibens versenkter Nähte an dem Sacke und die Möglichkeit einer Vereiterung des in der Bauchhöhle zurückgelassenen Sackes und event. drohende lebensgefährliche Perforation. Aus diesen und einigen anderen in der Arbeit näher erörterten Gründen ist nach des Verf. Ansicht die Bobrow'sche Methode nur mit Vorsicht anzuwenden. Diese Vorsichtsmaßregel besteht in der von R. geübten Nahtanlegung. Nachdem nämlich die Echinokokken entfernt sind, wird der Sack durch die Naht geschlossen unter Anwendung der doppelten schlingenförmigen Matratzennaht, wie sie Verf. früher schon für die Verschließung der Harnblase angegeben hat. Diese Naht vereinigt die Wundränder des Sackes nach Art einer Lembert'schen Naht und fixirt zugleich die verschlossene Stelle an die vordere Bauchwand. (Siehe die dem Aufsatze beigegebenen Abbildungen!) Die Enden der Fäden werden nach außen geführt und über Gazestreifen geknotet. Heilt die Wunde aseptisch, so kann man nach 8—10 Tagen die Nähte entfernen, und die Verhältnisse liegen nun wie bei sonstigem primären Verschlusse, ohne dass aber versenkte Nähte dabei zurückbleiben. Im Falle einer Eiterung oder bei Ansammlung toxischer Produkte ist es jedoch leicht möglich, den geschlossenen Sack in einen offenen zu verwandeln. Man entfernt nur das mittlere Schlingenpaar und geht dann mit der Sonde zwischen die verklebten Bauchdecken ein, um in die Höhle des Sackes zu gelangen. Das ist gegenüber einer Relaparotomie natürlich ein leichtes Verfahren. Ferner glaubt Verf., dass die 8—12tägige Fixirung des Sackes auch durchaus keine dauernde Befestigung an der Bauchwand bewirke, sondern dass sich diese Verwachsungen unter dem Einflusse der Bewegungen der Bauchorgane wieder lösen, so dass eine normale Lage der Baucheingeweide wieder hergestellt werde.

Übrigens sind auch mit dieser Verbesserung der Technik nicht alle Fälle glatt verlaufen, wie aus den der Arbeit beigefügten Krankengeschichten ersichtlich ist.

Das hauptsächliche Resultat seiner Betrachtungen und Erfahrungen geht also für den Autor dahin, man solle wo möglich auch in der Echinokokkenbehandlung eine prima intentio erzielen, aber nie unter Lebensgefahr des Pat. Eine Vereinigung der Vortheile des Bobrow'schen Verfahrens mit der Vermeidung tödlicher Komplikationen scheint ihm jedenfalls am ehesten durch seine Modifikation ermöglicht zu sein.

F. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

20) **Ehret** und **Stolz**. Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3; Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Als Vorarbeit zu experimentellen Untersuchungen über Cholelithiasis suchten Verff. den Keimgehalt der normalen Galle festzustellen. Unter allen Kautelen wurde lebenden Meerschweinchen und Hunden, so wie ganz frisch geschlachteten Rindern Galle entnommen; unter 15 Meerschweinchen wurden bei 11, unter 7 Hunden bei 5, unter 64 Rindern bei 47 Keime nachgewiesen. Trotzdem kann man mit normaler Galle für gewöhnlich keine Peritonitis erzeugen, weil die Menge der Keime zu gering ist. Neben vielen anderen Keimen fanden sich besonders oft zwei Arten: das Bacterium coli commune und ein zur Gruppe des Bacillus mesentericus gehöriges Stäbchen.

Die in der normalen Galle vorkommenden Keime stammen in der Regel aus dem Darme und gelangen für gewöhnlich durch Invasion vom Darme aus in die Gallenblase. Einzelne Keime können auf der Blutbahn hinein gelangen; das sind jedoch Ausnahmefälle, die Übergänge zu pathologischen Verhältnissen darstellen.

In dem zweiten Theile der Arbeit geben Verff. die Ergebnisse der Untersuchungen über den Keimgehalt der Gallenblase bei Störungen der Motilität. Schon die Experimente anderer Autoren hatten ergeben, dass die Gallenwege der Meerschweinchen und Kaninchen und in noch weit höherem Maße die des Hundes die Fähigkeit haben, eine nicht allzu virulente Infektion in kurzer Zeit mit Leichtigkeit zu überwinden, falls sie sonst keiner Schädigung unterworfen werden. Verff. suchten nun zu konstatiren, wie ohne jede künstliche Infektion die so häufig in der normalen Galle enthaltenen Keime sich verhalten, wenn die Motilität der Gallenwege in irgend einer Weise geschädigt ist. Sie machten eine einfache Incision in die Gallenblase und nähten sie wieder zu, oder sie brachten Porzellankügelchen und Quarzstücke in die Gallenblase, oder ein eiförmiges Drahtgestell; bei letzterem war die Verstopfung des Cysticus durch den Fremdkörper ausgeschlossen, es kam also zu einer bloßen Stagnation der Galle, es blieb nur Residualgalle

in der Blase zurück. Alle diese Experimente bewiesen übereinstimmend, dass dadurch die Proliferation der in der Gallenblase oft vorhandenen Keime in hohem Grade begünstigt wird. Für einen Theil der natürlichen Gallensteine kommt noch ihre Porosität in demselben Sinne in Betracht.

Gestützt werden diese Anschauungen durch klinische Erfahrungen. So ist bekannt, dass fast regelmäßig beim Typhus eine Invasion der Gallenblase mit Typhusbacillen stattfindet. Verff. stellen nun in einer Tabelle alle Befunde über Typhusbacillen in der Gallenblase zusammen und konstatiren, dass ungewöhnlich oft, unter 32 Fällen 20mal, zugleich Gallensteine vorhanden waren. Diese Thatsache ist nur so zu erklären, dass in den Konkremente enthaltenden Gallenblasen die Typhusbacillen besonders günstige Verhältnisse zu ihrer Ansiedlung, zu ihrer Vermehrung und Entfaltung ihrer deletären Eigenschaften finden. **Haeckel** (Stettin).

---

21) **Herrmann.** Über Recidive nach Gallensteinoperationen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Gewiss sind die Karlsbader Ärzte besonders gut in der Lage, Material zu sammeln über die endgültigen Erfolge von Gallensteinoperationen, da die Kranken, denen der Chirurg nicht dauernd geholfen hat, sich nicht mehr an diesen, sondern wieder an den inneren Arzt und besonders nach Karlsbad wenden. Daher ist es zur Erkenntnis des wahren Werthes der Gallensteinoperationen von hoher Bedeutung, wenn von nicht operativer Seite Material zu dieser Frage herbeigebracht wird. So fügt H., Spitalsdirektor in Karlsbad, den früher von ihm mitgetheilten 7 Fällen von Recidiv nach Gallensteinoperationen (s. dieses Centralblatt 1899, p. 487) nun 4 neue im Jahre 1899 beobachtete Fälle hinzu.

In zweien dieser Fälle ist Abgang von Steinen nach der Operation nicht konstatirt worden; jedoch spricht der Charakter der beobachteten Anfälle entschieden dafür, dass es sich nicht bloß um Verwachsungen, sondern wirklich um Steine gehandelt habe. Da die eine dieser beiden Kranken $3^1/_2$ Jahr nach der Operation frei von Anfällen blieb, so schließt H., dass es sich bei ihr auch nicht etwa um Steine gehandelt haben könne, die etwa bei der Operation zurückgeblieben seien, sondern dass die Steine neugebildet sein müssen.

In den beiden anderen Fällen ist vom Hausarzte resp. von H. selbst Abgang von Steinen 8 Monate resp. 3 Jahre nach der Operation festgestellt worden. Diese beiden Fälle sind also völlig einwandsfrei. H. schließt aus der Länge der Zeit, die zwischen Operation und neuerlichem Nachweis der Steine verstrichen, dass es sich nicht um zurückgelassene Steine, sondern um neugebildete handle. Ob man dem beipflichten soll, will Ref. dahingestellt sein lassen. Sehr zu denken giebt aber der Umstand, dass gerade diese beiden sicher gestellten Fälle von Steinrecidiv Kranke betreffen, welchen die

Gallenblase exstirpirt worden war, während doch gerade diese Operationsmethode nach Manchen die sicherste Gewähr für Radikalheilung bieten soll.

Haeckel (Stettin).

---

22) **L. E. Opie.** The relation of cholelithiasis to disease of the pancreas and to fat necrosis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Januar.)

Nach Besprechung der anatomischen Beziehungen zwischen dem Choledochus und dem Ausführungsgange des Pankreas und den Folgen, welche eine Kompression des letzteren hervorzurufen vermag, berichtet O. über folgenden Fall.

Ein 47jähriger Mann, der abgesehen von häufigeren Indigestionen bis vor 6 Monaten gesund gewesen war, erkrankte damals an einem 3 Wochen anhaltenden Ikterus mit Leibschmerzen und Fieber. Der 2. Anfall begann plötzlich, 3 Wochen vor dem Tode, mit heftiger Übelkeit und Erbrechen, intensiven, krampfartigen Schmerzen im Leibe, Druckempfindlichkeit im rechten Hypochondrium und leichtem Ikterus. Die Palpation ergab eine undeutliche Geschwulst am Epigastrium; es bestand unregelmäßiges Fieber und Vermehrung der weißen Blutzellen. Die Diagnose wurde auf akute eitrige Pankreatitis gestellt und am 21. Tage nach Beginn der Symptome unter Cocainanästhesie operirt. Eine Abscesshöhle wurde nach Durchtrennung des Mesocolon transversum eröffnet und drainirt; Tod nach 4 Stunden.

Die Obduktion ergab einen kleinen Gallenstein im Choledochus dicht vor seiner Mündung in einer solchen Lage, dass er den Wirsung'schen Gang komprimirt und vielleicht verschlossen haben konnte. In der Bursa omentalis ein großer Abscess, dessen Wände großentheils von nekrotischem Fett gebildet wurden; Herde von Fettnekrose im subperitonealen Gewebe. Pankreas zum großen Theile gut erhalten, aber das interstitielle Gewebe vermehrt und Zeichen von Hämorrhagien in demselben. Die Vorderfläche des Pankreas bedeckt mit beträchtlichen Mengen alten, geronnenen Blutes, das wie gangränöses Gewebe aussieht und die tastbare Geschwulst gebildet hatte. Die anstoßende oberflächliche Drüsenschicht nekrotisch. Als Zeichen von Verstopfung des Ausführungsganges waren viele Alveolen dilatirt und Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes zu konstatiren; die größeren Gänge nicht erweitert.

Da der Ikterus gering und der Ductus pancreaticus nicht dilatirt war, so nimmt O. an, dass der Stein nur vorübergehende Verlegung beider Gänge bewirkte; trotzdem hält er eine temporäre Unterbrechung des Abflusses des Pankreassekretes für die Ursache des Leidens.

Er stützt diese Annahme durch eine Anzahl ähnlicher Fälle aus der Litteratur und fasst seine Ansicht über den Zusammenhang zwischen Cholelithiasis und Pankreaserkrankungen folgendermaßen zusammen:

Die Einkeilung eines Steines nahe der Öffnung des Choledochus kann zugleich den Wirsung'schen Gang komprimiren und verschließen und ist nicht selten die Ursache von Pankreaserkrankungen und disseminirter Fettnekrose. Die Folgen der Steineinklemmung an dieser Stelle können verschieden sein.

1) Ein Individuum, gewöhnlich in ziemlich gutem Gesundheitszustande, bei dem vielleicht Gallensteinkoliken vorausgegangen sind,

erkrankt plötzlich mit Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen und Collaps. Der Tod tritt gewöhnlich innerhalb 48 Stunden ein, bei der Autopsie finden sich Steine in den Gallenwegen, während derjenige, der den tödlichen Anfall verschuldete, noch im Choledochus nahe seiner Mündung stecken kann. Das Pankreas ist vergrößert, blutig infiltrirt; event. Hämorrhagien in der Umgebung und gewöhnlich Herde von Fettnekrose.

2) Der tödliche Ausgang braucht den erwähnten Symptomen nicht rasch zu folgen. Der epigastrische Schmerz bleibt bestehen, Ikterus kann vorhanden sein und eine Geschwulst oberhalb des Nabels auf eine wahrscheinliche Pankreaserkrankung hinweisen. Nach einer oder mehreren Wochen oder Monaten tritt der Tod ein, oft unter Symptomen, die auf eine eitrige Entzündung hindeuten, voraussichtlich in der Nachbarschaft der Drüse. Bei der Autopsie wird die Diagnose auf Cholelithiasis durch die Anwesenheit von Steinen in der Gallenblase oder den Gängen bestätigt, und gelegentlich findet man den schuldigen Stein noch in der Nähe der Vereinigung des Choledochus und des Ductus pancreaticus. Das Pankreas ist trocken, schwarz, nekrotisch, und Zeichen einer früheren Blutung können vorhanden sein. Sekundäre Infektion ist eingetreten, und das Pankreas liegt in einer von der Bursa omentalis gebildeten Abscesshöhle. In ihrer Wand und oft weit zerstreut im Fette der Bauchhöhle sind Herde von Fettnekrose. Da das Individuum die primäre Läsion überlebt hatte, so war Gelegenheit gegeben für die Entwicklung der sekundären Veränderungen in dem geschädigten Pankreas und dem benachbarten Fettgewebe.

3) In gewissen Fällen verursacht eine lange bestehende oder wiederholte Obstruktion des Ductus pancreaticus durch Gallensteine nicht die beschriebenen akuten Läsionen, sondern chronisch entzündliche Veränderungen. **R. v. Hippel** (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

Akuter intraperitonealer Erguss — ein Frühsymptom innerer Einklemmung.

Von

Prof. **Carl Bayer** in Prag.

Wenn ich nochmals das Wort ergreife, um zu der von Braun, Gangolphe, Camichel, Brault und auch von mir bereits zu wiederholten Malen hervorgehobenen diagnostischen Bedeutung »akuter intraperitonealer Ergüsse« abermals einen Beitrag zu bringen, so geschieht dies aus dem Grunde, weil der mitzutheilende Fall den von mir ausgesprochenen Satz[1]: »dass ein akut aufgetretener Erguss in die Bauchhöhle bei kolikartigem, stetig sich steigerndem, ziemlich lokalisirtem Schmerze schon vor allen übrigen, das Bild der Incarceration

---

[1] Cf. Prager med. Wochenschrift 1898. No. 48 u. 49; Ärztliche Praxis 1898. No. 24; Prager med. Wochenschrift 1901. No. 1; Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 23.

vollendenden Symptomen für innere Einklemmung spricht«, wiederum vollinhaltlich bestätigt, und weil die große Wichtigkeit dieses »Frühsymptoms« die Mittheilung jeder weiteren Beobachtung als sehr erwünscht erscheinen lässt. Sind wir doch trotz allem Fortschritte auch in der Diagnostik »der inneren Incarceration« nicht selten ganz außer Stande, frühzeitig das entscheidende Wort auszusprechen, gerade wo das Abwarten deutlicher Symptome — wenn anders wir nicht plan- und diagnosenlos probelaparotomiren wollen — leicht verhängnisvoll wird!

Die folgende Beobachtung beweist es wiederum, dass eine plötzliche Flüssigkeitsansammlung im Unterleibe bei Verdacht auf Incarceration ein sicheres Frühsympton bestehender Einklemmung ist.

Herr S., 19 Jahre alt, erkrankte am 27. Februar l. J., bald nachdem er ein widerspenstiges stoßendes Pferd geritten, plötzlich unter Erbrechen und intensiven Kolikschmerzen, welche trotz Morphium und Infusionen bis zum nächsten Tage stetig zunahmen. Desswegen vom behandelnden Arzte, Herrn Dr. Fantl, zugezogen, fand ich am 28. Februar krampfhaft eingezogenen Unterleib, galliges Erbrechen, im Rectum Scybala. Der Schmerz wurde vom Kranken rechts vom Nabel lokalisirt; objektiv war nichts zu finden.

Therapie: Entfernung der Rectalkothmassen durch ein Klysma (Pat. hatte angeblich unmittelbar vor dem Ritte reichliche Stuhlentleerung gehabt), Morphium.

1. März: Status idem; anhaltendes Erbrechen galliger Massen; anfallsweiser Schmerz, doch ohne sichtbare Peristaltik; kein Meteorismus, aber deutliche Dämpfung beiderseits etwa handbreit in Rückenlage, bei Lagewechsel einseitig breiter nachweisbar. Diagnose: Incarceratio interna unbestimmter Art, wahrscheinlich rechts. Bis Abend Zunahme der Dämpfung bei sonst unverändertem Krankheitsbilde. Ölinfus ohne Erfolg.

2. März früh Transport Behufs Laparotomie ins Sanatorium Bloch; da sind Flatus abgegangen, Pat. fühlt sich sehr erleichtert. Es wird beschlossen, zu warten.

In Folge einer fieberhaften Erkrankung, die mich 2 Tage im Bette hielt, sah ich den Kranken erst am 5. März früh wieder. Laut Bericht des Herrn Dr. Fantl hatte sich der Zustand des Kranken schon am 4. März wieder verschlimmert, indem Schmerz und Erbrechen in früherer Heftigkeit wieder aufgetreten sind und seitdem fortdauern.

Außer einem ganz mäßigen Meteorismus der mittleren Bauchgegend, etwas deutlicher links als rechts, und der noch immer nachweisbaren Dämpfung mit Ortswechsel je nach der Lage des Kranken, war auch jetzt nichts durchzutasten, auch in der Narkose nicht.

Laparotomie in Chloroformnarkose: Abfluss von $^3/_4$ Liter hämorrhagisch-seröser Flüssigkeit. Das Ileum ist etwa 30 cm von der Bauhin'schen Klappe von dem um seine Achse einmal gedrehten und nahe dem Mesenterialansatze dieser Ileumschlinge durch feste fibrinöse Adhäsionen anhaftenden Processus vermiformis cirkulär abgeschnürt, aufwärts von dieser Stelle stark angefüllt und gebläht, abwärts leer, kollabirt, blass. Bei dem Versuche, die Spitze des Proc. vermif. stumpf abzulösen, reißt die hier bereits gangränöse Wand desselben ein, und es läuft etwas trübe Jauche aus, die mittels Bauschen aufgefangen wird. Abklemmung der Rissstelle mit einem Péan; Abtragung des Processus nahe dem Coecum, Einstülpungsnaht, stumpfe Ablösung des provisorisch mit Jodoformgaze umpackten an 10 cm langen Wurmfortsatzrestes. Die eingeschnürte Ileumschlinge zeigt an der Stelle der Anlöthung des Processus einen fingerbreiten, an 3 cm langen fibrinösen Belag mit rissiger Serosa; Abreibung der Stelle, Jodoformirung, Übernähung.

Einige Schwierigkeiten bei der Naht der Bauchwunde wegen der strammen, kontrahirten Recti abdominis. Drain im unteren Wundwinkel. Vor Anlegung des Verbandes wird der Kranke ganz umgewendet, um die inzwischen abermals reichlich im Peritonealsacke angesammelte blutig-seröse Flüssigkeit möglichst zu entleeren. Es läuft davon sehr viel durch das Drainrohr ab. Feuchte Ein-

packungen des Unterleibes mit sterilen, in essigsaure Thonerde getauchten Gaze- und Wattelonguetten, um die Ansaugung mit der Wirkung eines Prießnitz zu kombiniren.

Tadelloser, fieberfreier Verlauf.

Der Kranke wurde am 21. März geheilt entlassen.

Die Incarceration ist nach meiner Vorstellung folgendermaßen zu Stande gekommen. Der abnorm lange Proc. vermiformis hatte sich bei den heftigen Leibesbewegungen einmal um seine Längsachse gedreht; in Folge dessen schnürte er sich durch den Rand seines Mesenteriolum selbst ab; die dadurch verursachte Cirkulationsstörung seiner distalen Hälfte führte zu einer entzündlichen Anlöthung am Dünndarme; das Übrige ist klar.

Die Annahme einer primären »Epityphlitis« wird, abgesehen von dem Verlaufe, durch den Befund am exstirpirten Processus hinfällig: nur die von der Drehungsstelle des Processus distal gelegene Hälfte desselben zeigte Gangrän; die proximale war vollkommen normal.

Aus dem galligen Erbrechen und Schmerz mit 1tägiger Darmundurchgängigkeit konnte man mit Hilfe der Anamnese eine Incarceration wohl vermuthen; sicherzustellen war sie Mangels anderer positiver Symptome nicht. Das einzig sichere Symptom war der schon am 2. Tage der Erkrankung nachweisbare und weiter zunehmende Erguss, der mich auch veranlasste, gleich schon am 2. Tage die Laparotomie vorzuschlagen, und es lehrt der Fall wiederum die große Wichtigkeit des akuten intraperitonealen Ergusses und seine Bedeutung als Frühsymptom.

---

23) **Bertelsmann.** Entfernung eines vor 3 Wochen verschluckten künstlichen Gebisses durch Ösophagotomie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 20.)

Das Gebiss steckte in der Höhe des Manubr. sterni. Verschiedene Extraktionsversuche mit Schlundsonden waren missglückt. Schnitt an der linken Halsseite in der Rinne zwischen Trachea und Sternocleidomastoideus. Wegen beträchtlichen Kropfes musste der Omohyoideus durchschnitten werden. Nach Fixirung der Speiseröhre durch einen Seidenfaden Incision derselben. Der Fremdkörper war so fest eingekeilt, dass er erst mit dem Finger gelockert werden musste. Naht des Ösophagus, Tamponade der übrigen Wundhöhle. Heilung.

Borchard (Posen).

24) **F. S. Dennis.** Stricture of the oesophagus following typhoid fever. Gastrostomy.

(Transact. of the Amer. surg. assoc. Vol. XVIII.)

Philadelphia, **W. J. Dornan,** 1900.

Der 35jährige Pat. erkrankte im Juli 1897 an Typhus. Im 3. Monate der Krankheit klagte er über ein brennendes Gefühl im unteren Theile der Speiseröhre und expektorirte Blut und blutigen Schleim. Seitdem rasch zunehmende Stenose des Ösophagus. Eine Bougirkur brachte vorübergehend Erleichterung, bald aber wurde das Schlingen wieder schwieriger. Die letzten 3 Monate vor der im April 1898 stattfindenden Aufnahme hat Pat. nichts mehr geschluckt, sondern ist lediglich per rectum ernährt worden. Gewicht unter 100 Pfund gesunken, allgemeine Cyanose, Temperatur 96° F., Puls 48—50, starkes Kältegefühl, verzerrtes Gesicht, Selbstmordgedanken.

Gastrostomie nach Marwedel, Nahrungszufuhr noch auf dem Operationstische. Glatte Heilung; Gewicht jetzt nach 2 Jahren 170—180 Pfund, Pat. fühlt sich kräftig und gesund, wie jemals, arbeitet den ganzen Tag, marschirt 10 engl. Meilen mit größter Leichtigkeit, raucht Cigarren und ist sehr zufrieden mit seinem Zustande. Die Fistel ist absolut kontinent. **R. v. Hippel** (Dresden).

25) **Rydygier.** Meine Erfahrungen über die von mir seit 1880 bis jetzt ausgeführten Magenoperationen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 197.)

Die Arbeit ist auszugsweise schon als Vortrag auf dem Pariser internationalen Ärzte-Kongresse veröffentlicht. R. benutzte denselben, um mit Nachdruck seine Prioritätsrechte hinsichtlich der Pylorusresektion geltend zu machen. Die als erste Billroth'sche Methode benannte Operation verdient diesen Namen nicht, sondern ist nach R. zu benennen. Den Namen nach Billroth hat nur die sog. »2. Billroth'sche« Methode zu führen. Immerhin ist die erste erfolgreiche Resektion Billroth gelungen.

R.'s Operationsmaterial umfasst im Ganzen 100 Fälle und zwar

	wegen Krebs			wegen nicht krebsiger Leiden		
Pylorektomie	25	Mortalität	68%	7	Mortalität	57,1%
Gastroenterostomie	38	»	42,1%	26	»	19,2%
Gastrostomie	3	»	33,3%			
Dilatatio pylori				1	»	0%

R.'s Resultate waren an seinen verschiedenen Thätigkeitsorten ungleich, am schlechtesten in Krakau, wo die Krankenpflege mangelhaft war. Die Endresultate sind nur von 2 Fällen mitzutheilen. Der 1. betrifft eine durch Resektion vor 19 Jahren gesund gewordene Frau mit Geschwür, der 2. ebenfalls einen Geschwürspatienten, vor 18 Jahren operirt, bei dem Verwachsungen gelöst und der Pylorus dilatirt worden sind. Die Pyloroplastik hat R. nie gemacht, eben so wenig den Murphyknopf gebraucht.

Wenn irgend möglich giebt R. der Magenresektion vor der Gastroenterostomie den Vorzug. Beim Carcinom ist sie allein fähig, eine Dauerheilung zu ermöglichen. Man soll viel (5—10 cm) reseciren, auch die Drüsen berücksichtigen, bei noch unklaren schweren Magenleiden soll man probelaparotomiren. Für die Resektion bei Geschwür spricht der Umstand, dass aus Geschwüren Carcinome werden können, dass nach Gastroenterostomie ein nicht beseitigtes Geschwür tödliche Blutung bewirken kann, und dass nach der letzten Operation auch die Gefahr des Circulus vitiosus besteht. Auch für Magenblutung und Magenperforation hält R. die von ihm hierfür aufgestellte Indikation zur Resektion aufrecht. Technisch ist zu erwähnen, dass R. zweietagig näht:

Die erste Nahtreihe umfasst die ganze Dicke der Magen- und Darmwand, wobei man die Nadel möglichst nahe am Rande der Schleimhaut ausstechen muss, die zweite Reihe stülpt die erste ein. Fortlaufender Nahtfaden, und zwar Katgut.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

26) **Nicaise et Salomon.** Kyste hydatique du petit bassin, ayant dédoublé la cloison recto-vaginale.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Ann. 6. Sér. 75. No. 9.)

27) **Miliau.** Pathogénie du frémissement hydatique.

(Ibid.)

Im ersten Falle Urinretention durch eine prall fluktuirende Geschwulst, die das hintere Scheidengewölbe stark vorwölbt. Nach Kolpotomie Aspiration von 1300 ccm wasserklarer Flüssigkeit; der Echinokokkensack ließ sich leicht ausschälen, die Höhle wurde nach Delbet verkleinert.

Die zweite Mittheilung beschäftigt sich mit dem Hydatidenschwirren und tritt der Meinung entgegen, als rühre dasselbe von den Tochterblasen her; es kann vorhanden sein, wo diese fehlen, und vermisst werden, wo Tochterblasen entwickelt sind. Ein schlichter Versuch mit einem prall mit Wasser gefüllten Gummifingerlinge zeigt, dass es sich lediglich um die feinwelligen Schwingungen einer dünnwandigen, durch dünnflüssigen Inhalt stark gespannten Blase handelt. Vereiternde Echinokokken geben kein Schwirren.

Christel (Metz).

28) **E. Tricomi** (Padua). La cura rapida della ciste d'echinococco del fegato.

(Clinica chirurgica 1899. No. 10.)

Zwei Fälle von Leberechinococcus, Operation: einseitige Exstirpation. Glatte Heilung.

1) 25jährige Frau, adhärente, mannskopfgroße Cyste des linken Leberlappens, Punktion, Ausschälung, Naht des Leberbettes.

2) 34jährige Frau. Mehr als mannskopfgroße Cyste in der Milz und 2faustgroße Cyste des linken Leberlappens. Splenektomie, dann Ausschälung der uneröffneten Lebercyste, Blutstillung durch Kompression der Wundfläche.

J. Sternberg (Wien).

29) **De Forest Willard** and **W. Spiller.** Cystic pelvic tumor appearing below Poupart's ligament and containing numerous peculiar loose bodies.

(Transactions of the American surgical association Vol. XVIII.) Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

Die sehr eigenthümliche Geschwulst, deren genaue Krankengeschichte und ausführlich geschilderter pathologisch-anatomischer Befund sich einer Wiedergabe im Referat entzieht, betraf einen 46jährigen Mann. Neuritische Symptome im Gebiete des N. cruralis leiteten das Krankheitsbild ein, dann erschien eine Geschwulst in der Leiste, die die A. femoralis vor sich hatte und zunächst als Aneurysma missdeutet wurde. Die Operation legte eine an der Gefäßscheide bis weit ins Becken hinauf reichende Cyste frei, die vollgestopft war mit ganz eigenthümlichen freien Körpern, die keiner Art von bekannten derartigen pathologischen Produkten glichen, auch bei der mikroskopischen Untersuchung durch bedeutende Pathologen sich nicht erklären ließen. 3 Monate später starb Pat. an einer Nephritis. Die genaue Untersuchung der bei der Sektion als Sarkom angesprochenen Geschwulst ergab, dass es sich um Tuberkulose handelte, und die freien Körper ließen sich auf eigenthümliche Degenerationsvorgänge im Muskel zurückführen.

Verff. halten ihren Fall für ein Unikum in der Litteratur.

R. v. Hippel (Dresden).

30) **A. Salomoni** (Messina). Sutura circolare delle arterie con l'affrontamento dell' endotelio.

(Clinica chirurgica 1900. No. 4.)

Einem Hunde wurde die Aorta abdominalis quer durchschnitten und unter temporärer Kompression so genäht, dass unter Auswärtsstülpung der Wundränder die Intimae der beiden Enden eng an einander gepresst wurden. Dazu wurden Knopfnähte aus feinster Seide verwendet, die, knapp an einander liegend, alle Schichten des Gefäßes fassten. Nach 18 Tagen zeigte die Autopsie eine glatte, nicht verengende Narbe. **J. Sternberg** (Wien).

31) **Ch. Prévost.** Sur un monstre thoraco-xiphopage.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris Ann. 64. Sér. III. No. 39.)

Die aus der Presse allgemein bekannte Trennung der Thoracopagi Maria Rosalina ist hier ausführlich unter Beigabe von Abbildungen, Radiogrammen, Tabellen beschrieben. Im Berichte ist auch die ätiologische Seite ausführlich besprochen. Die zahlreichen Einzelheiten von Interesse eignen sich nicht zum kurzen Bericht, und es darf daher auf das Original verwiesen werden.

Christel (Metz).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel,* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. Sonnabend, den 4. Mai. 1901.

Inhalt: 1) **Grosglik,** Gonorrhoe. — 2) **Wälsch,** Bubonen. — 3) **Audry,** Syphilis. — 4) **Heuss,** Atrophia maculosa cutis. — 5) **Neumann,** Syringocystom. — 6) und 7) **Unna,** 8) **Moberg** und **Unna,** 9) **Kreibich,** 10) **Veillon,** Mikroben bei Ekzem. — 11) **Unna,** Ichthargan und Ichthoform. — 12) **Werler,** Itrol bei Hautkrankheiten. — 13) **Nobl,** Lupustherapie. — 14) **Lorenz,** Albert's Leistungen in der orthopädischen Chirurgie. — 15) **Regnier,** Mechanotherapie. — 16) **Lorenzen,** Deviationen des Rumpfes. — 17) **Beck,** Radiusbruch. — 18) **Shoemaker,** Hysterische Hüfthaltung. — 19) **Nélaton,** Coxitis. — 20) **Hofmann,** Klumpzehen.

B. Gönczy von Biste, Die Heilung eines Falles von totaler Radialislähmung durch Sehnenplastik. — **F. Bähr,** Luxatio intercarpalis (medio-carpalis Malgaigne). (Original-Mittheilungen.)

21) **Ruggles,** Gonokokken. — 22) **Paldrock,** Gonorrhoische Gelenkleiden. — 23) **Lartigan,** Gonorrhoische Endokarditis. — 24) **Vignes,** Schanker der Conjunctiva. — 25) **Nobl,** Reinfektion bei Syphilis. — 26) **de la Combe,** Syphilis und Kehlkopfpapillom. — 27) **Schulze,** 28) **Stark,** Idiosynkrasie gegen Quecksilberpräparate. — 29) **Eisenberg,** Bericht. — 30) **Preble** und **Hektoen,** Nervenfibrom und Arthritis deformans. — 31) **v. Marschalkó,** Hautmyome. — 32) **Wolff,** 33) **Franke,** Carcinom auf dem Boden des Dermoids. — 34) **Stellwagon,** Blastomyceten. — 35) **Fieschi,** Elephantiasis. — 36) **White,** Erythrodermie. — 37) **Wende,** Dermatitis mutilans. — 38) **Fabry,** Dermographismus. — 39) **Doutrelepont,** Pityriasis rubra. — 40) **Leredde,** Lichtbehandlung von Lupus. — 41) **Stenbeck,** Röntgenstrahlen bei Hautkrebs. — 42) **Williams,** Resorcin bei Hautkrebs. — 43) **Rothschild,** Irreponible Knochenbrüche. — 44) **Thöle,** Seltene Knochenbrüche und Verrenkungen. — 45) **Tiplady,** Handverrenkung. — 46) **Sheldon,** 47) **Staffel,** Verrenkung von Handwurzelknochen. — 48) **Beck,** Tendinitis prolifera calcarea. — 49) **Fittig,** Cancroid der Ulna.

1) **Grosglik.** Erfahrungen über die Wirkung des Protargols bei der Gonorrhoe der vorderen Harnröhre.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXII. No. 3.)

G. ist zu dem Resultate gekommen, dass das Protargol in schwachen Lösungen ein mildes, langsam Gonokokken tödtendes Mittel ist, das auch adstringirende Eigenschaften hat, in stärkeren Lösungen reizt, die Komplikationen nicht verhütet, aber seltener macht, die Behandlungsdauer nicht abkürzt — eine Nachbehandlung mit adstringirenden Mitteln sei immer nöthig, von einer specifischen Wirkung sei nicht die Rede.

Jadassohn (Bern).

2) **L. Wälsch.** Weitere Erfahrungen über die Injektionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 1.)

W. behandelt, wie früher in diesem Centralblatte referirt worden ist, eiternde Bubonen mit Aspiration und nachträglicher Injektion von physiologischer Kochsalzlösung. Einigen absprechenden Urtheilen gegenüber hebt er hervor, dass von 85 Fällen 52 = 62,3% in 15,6 Tagen ausgeheilt sind. Bei den danach übrig bleibenden Pat. musste noch incidirt werden; doch erwies sich eine Auslösung der zerfallenen Drüsen überflüssig. Die Heilung erfolgte schnell. Die Aspirations- und Injektionsbehandlung kann auch ambulant durchgeführt werden. Auffallend wenig Fälle sind schankrös geworden. (Auf einige polemische Bemerkungen W.'s brauche ich hier nicht einzugehen; doch möchte ich betonen, dass das Nicht-schankrös-Werden nicht beweist, dass die Ulcus molle-Bubonen nicht ursprünglich durch die Ulcus molle-Bacillen bedingt werden; die letzteren können sehr wohl nach erfolgter Vereiterung zu Grunde gehen. Ob nicht diejenigen Bubonen, in denen das schon erfolgt ist, auch ohne alle Injektion nur durch Aspiration zur Heilung kommen?)

Jadassohn (Bern).

---

3) **Audry.** Réflexions sur la syphilis.

(Ann. de dermatol. et de syphil. 1900. No. 2.)

Verf. glaubt, dass die Inkubation der Syphilis dauere bis zum Eintritte der Roseola, nicht bis zum Sichtbarwerden des Schankers; denn dieser sei bereits in Bildung begriffen, wenn die erste Zelle des Organismus durch das Virus inficirt sei.

Der Syphilitiker erscheint ihm als ein Individuum, das mit einer allgemeinen Gefäßentzündung nach einer primären Blutinfektion behaftet ist. Die Gefäßentzündung neige zu Rückfällen und verursache sowohl sekundäre wie tertiäre Ausbrüche. Danach sind also auch Veränderungen letzterer Art ein Zeichen dafür, dass vielleicht schon bei der primären Blutinfektion hier an Ort und Stelle Schädigungen entstanden sind.

V. Klingmüller (Breslau).

---

4) **E. Heuss.** Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes Jadassohn).

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXII. No. 1 u. 2.)

In einer sehr eingehenden Arbeit bespricht H. einen Fall dieser sehr seltenen Krankheit, die wenig praktisches, dagegen größeres theoretisches Interesse hat; sie ist durch fleckige Atrophie der Haut mit eigenthümlicher Weichheit — durch Verlust des elastischen Gewebes — charakterisirt; entzündliche Erscheinungen sind sehr unbedeutend. Auf Grund seiner eigenen Untersuchungen und des in der Litteratur niedergelegten Materiales unterscheidet H. eine idiopathische und sekundäre Form (im Anschlusse an Gefäßerkran-

kungen und Geschwülste) und endlich eine Form mit nachfolgender Geschwulstbildung (speciell Keloiden). Dem Leserkreise dieses Blattes liegt ein näheres Eingehen auf dieses rein dermatologische Kapitel wohl zu fern. **Jadassohn** (Bern).

---

5) **J. Neumann.** Das Syringocystom.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 1.)

Diese nach den Erfahrungen des Ref. nicht gerade übermäßig seltene Affektion (ich habe jetzt 5 typische Fälle zusammenstellen lassen) besteht in kleinen weiß-gelblichen bis bräunlich-rothen kutanen Geschwülsten, deren Lieblingslokalisation von der Unteraugenlidgegend und von der Brust dargestellt wird. Sie entstehen meist in früher Jugend, machen keine Beschwerden, vermehren sich bis zu einem gewissen Zeitpunkte und sind ganz harmlose Gebilde, die praktisch nur als Schönheitsfehler und der Differentialdiagnose wegen Bedeutung haben. Theoretisch sind sie sehr interessant wegen der Schwierigkeiten, ihre Histogenese aufzuklären. Die Neubildungen enthalten nämlich Zellstränge mit einer kolloiden, zu Cystenbildung führenden Degeneration, und diese Stränge werden von den Einen für endothelialer Natur gehalten und bald als Lymphangiome, bald als Hämangioendotheliome gedeutet; die Anderen sind von der epithelialen Natur derselben überzeugt und sprechen entweder von Syringocystomen oder von Epitheliomen. N. hat 2 Fälle beobachtet und zweifelt nicht daran, dass die Schweißdrüsenausführungsgänge und Knäuel den Ausgangspunkt der Stränge bilden. (Dieser Beweis scheint mir durch N.'s Darstellung und Bilder nicht erbracht; dagegen muss ich nach Untersuchungen Dr. Gassmann's an meiner Klinik allerdings erklären, dass ich an der epithelialen Abstammung dieser Gebilde nicht mehr zweifeln kann.) **Jadassohn** (Bern).

---

6) **P. G. Unna.** Über die ätiologische Bedeutung der beim Ekzem gefundenen Kokken.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 5.)

Früher hatte U. einen Coccus, den er als Morococcus beschrieben hatte, als den Erreger des Ekzems bezeichnet. Nachdem er neuerdings eine große Anzahl verschiedener Kokkentypen aus Ekzemen herausgezüchtet hatte, sah er sich vor die Nothwendigkeit gestellt, seine älteren Angaben zurückzunehmen und die Beziehungen dieser neuen und nach neuen Methoden differenzirten Bakterien zu den Ekzemen zu erforschen. Er beschäftigte sich mit denjenigen Typen, die bei vielen Fällen vorkommen, zu klinisch gleichartigen Fällen gehören oder bei einem oder wenigen Fällen ganz allein zu finden sind, welche bei Brutofentemperatur besser gedeihen, als bei Zimmertemperatur und eine Vorliebe für sauren Nährboden besitzen. Er hat diese Kokken auf der einen Seite auf Thiere, speciell auf einen Hund überimpft und hat speciell mit 2 Typen »histobakteriologisch

charakteristische« Ekzeme, mit 2 anderen nur »ekzemähnliche« Veränderungen erzeugt. Auf der anderen Seite hat er auch Impfversuche am Menschen gemacht und mit den beiden erstgenannten Typen klinisch sichere Ekzeme erzeugt.

(Mit diesen Andeutungen muss ich mich hier begnügen; in Paris, wo die Frage des parasitären Ursprunges der Ekzeme auf der Tagesordnung stand, waren fast alle Autoren, die sich mit dieser Frage experimentell beschäftigt oder Arbeiten darüber in ihrem Laboratorium hatten anfertigen lassen — Kaposi, Kreibich, Brocq-Veillon, Sabouraud, der Ref. auf Grund von Untersuchungen von Frédéric — einig darüber, dass die ganz frischen Ekzembläschen beim Menschen frei von Bakterien sind, die auf unseren Nährböden wachsen; auch Neisser, aus dessen Klinik Scholtz und Raab eine Arbeit publicirt hatten, nach welcher der Staphylococcus pyogenes aureus ein konstanter und daher zum Zustandekommen des Ekzems nothwendiger Faktor sei, erklärte, dass er an die Sterilität frischer Ekzemefflorescenzen glaube; U. gab zu, dass er diese jüngsten Stadien, deren Untersuchung aber doch das Wichtigste war, nicht geprüft habe — dadurch aber wird den oben referirten Mittheilungen ihr Werth für die Ekzemätiologie geraubt; welche Bedeutung die Bakterien für den Verlauf der Ekzeme haben, zu bestimmen, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.)

Jadassohn (Bern).

---

7) **P. G. Unna.** Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten nebst Bemerkungen über ein natürliches System der Kokken überhaupt. A. Allgemeiner Theil.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 1.)

U. hat versucht, die 23 Kokkenarten, die er aus ekzematöser Haut gezüchtet hat, einzutheilen, indem er ihren Theilungsmodus genauer untersuchte und zum Princip eines Systems der Kokken machte. Durch Messung der einzelnen Kokken in ihren kleinsten und größten Exemplaren, durch Beobachtung ihrer Formveränderung, ihrer färberischen Eigenschaften, ihrer »Klebetheilung« (Theilung der Kokken ohne gleichzeitige Theilung der Hülle), die sich in Absätzen, in »Stufen« vollzieht, ist er dazu gelangt, ein- und mehrstufige Kokken, Monaden, Dyaden, Tetraden etc., mono-, di-, tri- etc. klimakterische Kokken zu unterscheiden.

Die Begründung dieses Systems, dessen Berechtigung erst aus eingehenden Nachuntersuchungen wird erschlossen werden können, muss von den speciell bakteriologisch Interessirten im Originale nachgelesen werden.

Jadassohn (Bern).

---

8) **L. Moberg** und **P. G. Unna.** Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten nebst Bemerkungen über ein natürliches System der Kokken überhaupt. B. Specieller Theil.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 2.)

In dieser Arbeit werden die 23 Kokkenarten, welche U. aus den verschiedensten Ekzemen gezüchtet hat, näher charakterisirt und nach dem von ihm gegebenen System eingetheilt. Die Autoren behaupten, dass diese Arten konstant verschiedene Charaktere haben. Über die Details der einzelnen Beschreibungen ist das Original einzusehen.

Jadassohn (Bern).

---

9) **Kreibich.** Recherches bactériologiques sur la nature parasitaire des éczémas.

(Annal. de dermatol. et de syphil. 1900. No. 5.)

K., ein Schüler Kaposi's, spricht sich gegen die parasitäre Natur des Ekzems aus. Er untersuchte die frischen, 2—8 Tage alten Bläschen akuter Ekzeme in 41 Fällen, im Ganzen etwa 160 bis 170 Bläschen, und fand sie meistens steril. Erst im späteren Verlaufe dringen Mikroorganismen in die Blasen ein, und zwar findet man dann weiße, gelbe Staphylokokken und Streptokokken. Impfungen auf der eigenen Haut mit der serösen Flüssigkeit von Bläschen oder mit Reinkulturen der daraus gezüchteten Mikroben verursachten zwar das Auftreten papulöser Knötchen oder kleiner Bläschen; diese trockneten aber schnell wieder ein, so dass K. nicht glaubt, damit experimentell Ekzem hervorgerufen zu haben.

V. Klingmüller (Breslau).

---

10) **Veillon.** Recherches bactériologiques sur l'eczéma.

(Ann. de dermatol. et de syph. 1900. No. 6.)

V. untersuchte auf Veranlassung seines Lehrers Brocq die frischen Blasen banaler Ekzeme und fand sie fast ausnahmslos steril. Sie blieben steril eben so wie die heraustretende Flüssigkeit, wenn er sie nach Desinfektion mit einem sterilen Zinkleim bedeckte. Anderenfalls ließen sich Staphylokokken und selten Streptokokken nachweisen. Die Flüssigkeit nässender Ekzemflächen enthielt ferner reichlich gelbe Staphylokokken, die nach dem Verf. identisch sind mit denen anderer Provenienz (Furunkel, Abscess, Osteomyelitis). Dieselbe Mikrobienflora haben Krusten, Schuppen (weniger reichlich), gesunde Haut ekzematöser und gesunder Individuen, wenn auch sehr spärlich, und mannigfache andere Affektionen: Geschwüre, Verbrennungen, Gangrän trophoneurotischen Ursprunges, Dermatitis herpetiformis, Psoriasis, Syphilis. V. gelang es nicht, experimentell Ekzem zu erzeugen; bei Impfungen auf die menschliche Haut bildete sich nur eine leichte Irritation oder kleine Bläschen, die bald wieder verschwanden, aber kein regelrechtes Ekzem. Demnach ist

also nach V. ein specifischer Parasit für das Ekzem nicht bewiesen. Die gefundenen Mikroben bedingen eine Sekundärinfektion, deren Rolle für das Ekzem nicht aufgeklärt ist, die aber die Ursache sind für die häufigsten Komplikationen des Ekzems: Furunkel, Follikulitiden, Abscesse und Eiterungen.

Folgender interessante Versuch des Verf. sei noch angeführt. Er immunisirte im Laufe eines Jahres ein Pferd in gewissem Grade mit Staphylokokken. Das Serum dieses Pferdes war nicht sehr aktiv, verzögerte aber doch den Tod von Thieren, die mit einer sehr virulenten Staphylokokkenkultur inficirt waren. Die Behandlung ekzematöser Individuen mit diesem Serum hatte keinen Erfolg.

V. Klingmüller (Breslau).

---

11) **P. G. Unna.** Ichthargan und Ichthoform.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXII. No. 2.)

U. empfiehlt das Ichthargan (1—5%ig mit Talcum) zur Behandlung von Fußgeschwüren als »keratoplastisches« Mittel (bei alten Geschwüren mit callösen Rändern zugleich mit Bedeckung mit Salicyl-Creosot- oder Salicyl-Cannabis-Pflastermull) und bei schlaffen Granulationen als Adstringens.

Das Ichthoform wurde in einer Zinkoxyd-Kieselgurpaste bei umschriebenen papulo-vesiculösen, bei rein pityriasiformen und bei psoriasiformen Ekzemen mit Erfolg verwendet. **Jadassohn** (Bern).

---

12) **O. Werler.** Das Itrol in der Behandlung der Hautkrankheiten.

(Allgemeine med. Central-Zeitung 1899. No. 99.)

W. empfiehlt das Itrol zur Behandlung der verschiedensten Hautaffektionen: Furunkel, phlegmonöse Entzündungen, Ekzeme, Impetigo, Balanitis, Rhagaden und Fissuren, Ulcera cruris etc. etc. Er verwendet: Lösung von 1 : 10—4000, Itrolpulver rein oder mit Talcum (0,5—5,0%) gemischt, Itrolvaselin (0,5—2,0%) und Itrolstäbchen mit Ol. Cacao und Cera alba (1—2%). **Jadassohn** (Bern).

---

13) **G. Nobl.** Ergebnis der chirurgisch-plastischen, so wie anderer Methoden der aktuellen Lupustherapie.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1900. No. 4—7.)

Bei dieser eingehenden Besprechung der verschiedenen gegen Lupus angewendeten Behandlungsmethoden betont N. die unzureichende Wirksamkeit der Tuberkuline und äußert sich (wie Ref. glaubt, mit Recht) sehr kritisch über die angeblichen Resultate der Therapie mit Kalomelinjektionen — fraglich ist es allerdings, ob man die Besserungen wirklich »auf eine durch die Injektionen angeregte Hebung des Stoffwechsels beziehen« kann, »wodurch die in Abstoßung begriffenen nekrotischen Massen rascher zur Ab-

bröckelung gelangen«. N. spricht sich bei der Röntgenbehandlung besonders über die Gefahren der tiefgreifenden Ulcerationen aus und referirt über die Finsen'sche Methode. Am eingehendsten aber erörtert er die Excision mit nachfolgender Transplantation nach Thiersch und nach Krause, betont die Vortheile der letzteren, berichtet über einige histologische Untersuchungen und giebt dann 20 Krankengeschichten operirter Fälle, die zum Theil lange genug verfolgt wurden, um die Heilungsresultate als definitive bezeichnen zu können.

Jadassohn (Bern).

---

14) **A. Lorenz.** Weiland Eduard Albert's Leistungen auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Um eine Pflicht der Pietät zu erfüllen, hat L. diejenigen Arbeiten zusammengestellt, welche Albert auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie, für welche er eine besondere Vorliebe hatte, veröffentlicht hat. Von diesen Arbeiten sind die in den letzten Jahren erschienenen über Skoliose, Kniegelenksverkrümmungen, Coxa vara und innere Architektur der Knochen noch in frischer Erinnerung. Durch kurze Inhaltsangaben aller einschlägigen Arbeiten hat es L. meisterlich verstanden, ein Bild von der Bedeutung Albert's für die Orthopädie zu entwerfen. Albert war ein »Theoretiker« dieser Specialdisciplin, der keinen anderen Lohn suchte als jenen, »der in der Freude des Erkennens und in der Vermittlung des Erkannten an Andere gelegen ist«. Albert zu Ehren, welcher die Knochenblättchen der Spongiosa eintheilte in Kontourlamellen und Radianten, bezeichnet L. den Radianten im distalen Femurende, den Albert unteren Schenkelsporn nannte, als »Albert'schen Schenkelsporn« und die von Albert mit dem Adams'schen Bogen verglichene Tragleiste am Sustentaculum tali als »Albert'schen Bogen«.

J. Riedinger (Würzburg).

---

15) **L. R. Regnier.** La mécanothérapie, application du mouvement à la cure des maladies.

Paris, **Baillière et fils,** 1901. 89 S., 6 Fig.

G. Zander's Gymnastikmethode ist, wie Verf., Chefarzt am Hôpital de la Charité in Paris, hervorhebt, für die französischen Ärzte eine »Actualité médicale«. Verf. hat sich desshalb nach Errichtung Zander'scher Institute in Paris der Aufgabe unterzogen, in einem Leitfaden der Mechanotherapie diese Methode zu beschreiben. Er folgt hierbei den Ausführungen schon bestehender Abhandlungen. Nach einer gedrängten Übersicht über Geschichte der schwedischen Heilgymnastik, über Gymnastik im Allgemeinen, über Zander's Apparate im Speciellen und über allgemeine Indikationen werden die Krankheiten einzeln durchgesprochen, die sich für eine Bewegungskur eignen. Nebenbei findet sich die Beschreibung einiger neuerer,



durch elektrische Kraft zu betreibender Apparate zur Vibrationsmassage. R. empfiehlt besonders den leicht zu transportirenden und einfachen Garnault'schen Vibrator. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

16) **P. Lorenzen** (Kopenhagen). Die Ätiologie der Deviationen des Rumpfes.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Verf. möchte die Haltungsanomalien, welche willkürlich noch vollständig ausgeglichen werden können, nicht zu den Deformitäten gerechnet haben. Erstere sollen desshalb auch nicht den Namen Skoliose oder Kyphose tragen. Die Eintheilung in Haltungsanomalien und Deformitäten verlangt aber eine genaue Kenntnis der Entstehungsweise aller Rumpfdeviationen. Haltungsanomalie ist habituelle Ruhehaltung in Folge von Gewohnheit, Ermüdung oder Schwäche. Zum Wesen der Deformität oder der fixirten Haltungsanomalie dagegen gehört die Existenz eines Krankheitszustandes »mit universellen oder in der Umgebung der Wirbel lokalisirten Manifestationen«. Hierher zu rechnen sind Rachitis und destruirende Processe, ferner Gelenk- und Muskelrheumatismus, akute und chronische Myositis, Pleuritis, Erkrankungen der Unterleibsorgane, Ischias. Der Bedeutung dieser Krankheitszustände für die Ätiologie der Deviationen des oberen und unteren Körperabschnittes widmet Verf. eine kurzgefasste Besprechung. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

17) **C. Beck.** Beitrag zur Fraktur der carpalen Radiusepiphyse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Die Entdeckung und Anwendung der Röntgenstrahlen hat uns bewiesen, dass der sog. typische Radiusbruch keineswegs durch einen einheitlichen anatomischen Frakturtypus repräsentirt wird, nämlich jenen Bruch 1—1½ cm oberhalb der Carpalepiphyse mit der bekannten sekundären Bajonettstellung. B. selbst fand als 1. Modifikation dieses Bruches eine gleichzeitige Mitverletzung der Ulna. Und zwar konnte er diese gleichzeitige Fissur oder Fraktur des Ulnaköpfchens unter 104 Fällen 21mal konstatiren. Häufiger ist dabei die Fissur. Aber auch die Fraktur geht ohne nennenswerthe Verschiebung vor sich. Dadurch wird auch klar, warum ohne Röntgenbilder diese Mitbetheiligung der Ulna fast stets übersehen wird, zumal natürlich Krepitation nie vorhanden ist. Ferner zieht Verf. aus den zahlreichen Fällen der sog. ulnaren Seitwärtsverschiebung bei der klassischen Radiusfraktur den Schluss, dass es sich auch hier meist um eine Mitbetheiligung der Ulna an der Fraktur gehandelt hat, dass aber diese Fraktur oder Fissur in Folge der Geringfügigkeit der klinischen Erscheinungen sich früher der Kenntnisnahme entzogen hat.

Ferner fand B. in seinen Fällen bei 31% einen Bruch des Proc. styloid. ulnae, welche von Anderen noch häufiger, so von Kahleyss in 78% gefunden ward.

Weiterhin kommen neben dem klassischen Radiusbruche noch Frakturen der Carpalknochen vor. Nicht selten, glaubt Verf., sind auch kleine Absprengungen von Knochenstücken vorhanden, wo man einen Bruch ausschließt und eine Verstauchung annimmt.

Mit Recht betont B. ferner, dass man mittels der Röntgenstrahlen auch ein neues Mittel habe, den Bruchcharakter der Radiusfraktur festzustellen. Er selbst theilt die Radiusfrakturen ein in chondroepiphysale und osteoepiphysale Typen, und man muss ihm ohne Weiteres zustimmen, dass therapeutisch und prognostisch ein großer Unterschied ist, ob es sich um eine intra- oder extraartikuläre Form handelt, ob um eine einfache Fissur oder einen Bruch mit Verschiebung. Eine schematische Behandlung des Radiusbruches verpönt B. mit voller Berechtigung. Er giebt für die einzelnen Bruchformen verschiedenartige therapeutische Maßnahmen an, die dem Charakter der jeweils vorliegenden Verhältnisse angepasst sind, und räth zum Schlusse nochmals, sich zur Erzielung guter Resultate die Kontrolle mittels Röntgenbild nicht entgehen zu lassen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

18) **J. Shoemaker** (Nymwegen). Hysterische Hüfthaltung, Typus Wertheim-Salomonson.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Wertheim-Salomonson hat im Jahre 1900 2 Fälle von hysterischer Skoliose beschrieben, welche sich dadurch auszeichneten, dass Beckendrehung, ferner Hochstand, Streckung, Innenrotation und Adduktion des einen (beim Stehen belasteten) Beines, so wie sekundäre Skoliose nicht nur bei der sog. Station (s. Attitude) hanchée, sondern permanent vorhanden waren. Verf. führt diese in der niederländischen Litteratur veröffentlichten Fälle genauer an. Der eine Fall betrifft einen 24 Jahre alten Mann, der andere ein 19 Jahre altes Mädchen. Bei beiden erfolgte plötzliche Heilung. Verf. berichtet alsdann über einen weiteren Fall, nämlich den eines $15^1/_2$ Jahre alten Mädchens, bei welchem das Leiden ebenfalls auf Hysterie beruhte. Verf. spricht aber nicht wie Wertheim-Salomonson von hysterischer Attitude hanchée oder von hysterischer Skoliose, sondern er schlägt den Namen »hysterische Hüfthaltung« vor. Aus der Krankengeschichte dieses Falles ist hervorzuheben, dass Beuge-, Streck- und Adduktionsbewegungen des kontrahirten Beines begleitet waren von einem Geräusch, ähnlich jenem, das bei der Reposition einer traumatischen Hüftverrenkung entsteht. Auch Wertheim-Salomonson hat eine ähnliche Beobachtung gemacht, wesshalb er eine physiologische Subluxation des Femur annahm. Verf. geht auf diese Erscheinung näher ein und führt auf Grund von Untersuchungen am Lebenden und an der Leiche aus, das Geräusch entstehe dadurch,

dass das hinter dem Trochanter major gelegene, zur Fascia lata gehörige Band im gespannten Zustande sich auf dem Trochanter major hin und her bewegt. Außerdem ist zu bemerken, dass das statisch am meisten beanspruchte Bein eine reelle Verlängerung von 3 cm aufwies, ein Zustand, der als Hypertrophie bezeichnet wird. Auch die Muskulatur war hier kräftiger entwickelt.

Einige gute Abbildungen geben ein deutliches Bild der pathologischen Körperhaltung. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

19) **Ch. Nélaton.** Sur la résection de la hanche en cas de coxalgie suppurée. — Discussion.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXV. p. 877.)

Die kurze Mittheilung N.'s, in welcher er über zwei durch Resektion geheilte Pat. mit tuberkulös eitriger Coxitis spricht und das operative Eingreifen bei der Coxitis in der gleichen Weise und unter denselben Indikationen empfiehlt, wie bei der Gonitis tuberculosa, rief einen lebhaften Widerstreit der Meinungen in der Pariser chirurgischen Gesellschaft hervor. — Aus der sehr langen Diskussion sei nur Folgendes hervorgehoben:

Félizet ist der eifrigste Verfechter der Behandlung der Coxitis, auch der der Kinder, mittels Resektion. Er hält die Resultate der konservativen Behandlung für äußerst traurige. Von 80 Pat. mit Coxitis in einem Alter zwischen 15 Monaten und der Pubertät überlebten nur 9 das 20. Lebensjahr; von den 71 Gestorbenen erlagen 20 der Erschöpfung, 15 der tuberkulösen Meningitis; viele erkrankten sekundär an Tuberkulose anderer Gelenke, sehr viele an Spondylitis. F. hat nicht weniger als 300 Hüftgelenkresektionen wegen tuberkulöser Coxitis ausgeführt, davon nur 2 Pat. verloren. Auffallend ist, dass er unter dieser großen Zahl von Fällen nur 2mal solche mit Sequesterbildung antraf. Kontraindikation für die Operation ist ihm nur Albuminurie. Seine Indikationsstellung kennzeichnet er mit folgenden Worten: »Ich warte nicht mehr, bis Abscesse oder Fisteln auftreten; es genügt mir, dass die Hüfte schmerzhaft sei, es genügt ein Schmerz, den Extension und Immobilisirung nicht mildern; es genügt namentlich, dass der Kranke Fieber hat und anfängt abzukommen, um mich zur Radikaloperation zu bestimmen«.

Im Gegensatze zu ihm verficht Kirmisson bei der Behandlung der tuberkulösen Coxitis der Kinder den konservativen Standpunkt: Die Resektion ist eingreifend, heilt nicht sicher, ist oft von Fisteln gefolgt, steht bezüglich der orthopädischen Endresultate der konservativen Therapie nach.

Einige andere Redner nahmen einen zwischen diesen beiden Extremen mehr vermittelnden Standpunkt ein.

Reichel (Chemnitz).

---

20) **C. Hofmann.** Zur Entstehung und Behandlung der Klumpzehen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. VIII. Hft. 3 u. 4.)

Plantarflektirte und adducirte Zehen nennt H. Klumpzehen. Sie werden beobachtet bei jener eigenthümlichen Konfiguration des Fußes, welche Nicoladoni als Hammerzehenplattfuß beschrieben hat. Verf. konnte einen derartigen Fall an der Leiche untersuchen und fand analoge Befunde, wie sie Heubach für den Hallux valgus festgestellt hat. An einem klinischen Falle konnte H. nachweisen, dass die Klumpzehenstellung dadurch entstand, dass Pat. in Folge von Schmerzen im Kniegelenke mehrere Monate lang beim Gehen sich hauptsächlich auf den äußeren Fußrand stützte. Hier handelt es sich zunächst um eine Entlastungsstellung, die nach Ansicht des Verf. bei längerer Dauer zur Fixation führen kann.

Die Therapie richtet sich nach dem primären Leiden. Kommt operative Therapie an der großen Zehe in Frage, so ist die Resektion der Grundphalanx der des Metatarsus vorzuziehen, um nicht den Fuß eines wichtigen Stützpunktes zu berauben. Witzel hat, wie Verf. berichtet, diese Operation in einem Falle mit gutem Erfolge ausgeführt. **J. Riedinger** (Würzburg).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Esztergomer (Gran) allgemeinen Krankenhause.)

Die Heilung eines Falles von totaler Radialislähmung durch Sehnenplastik.

Mitgetheilt von

Dr. **Béla Gönczy von Biste,** Primararzt.

In der Litteratur der Sehnenplastik werden meistens Fälle von Kinderlähmung erwähnt, unter diesen überwiegend Lähmungen der unteren Extremität[1].

Ähnlich an der oberen Extremität ausgeführte Operationen sind seltener. Die Verhältnisse sind hier desshalb schwieriger, weil an der oberen Extremität die Ersatzmuskulatur nicht in jenem Maße entwickelt und die Innervation viel komplicirter ist, als an der unteren.[2]

Ich operirte mit Sehnenplastik an der oberen Extremität folgenden Fall von traumatischer Lähmung.

L. A., 20 Jahre alt, Maschinenschlosser, erhielt am 3. Februar 1898 in einem Nachtcaféhaus eine Stichwunde, die den linken Unterarm verletzte, 4 Finger breit unterhalb des rechten Ellbogens von der Ulnar- nach der Radialseite hin alle Streckmuskeln durchschnitt und noch die Oberfläche der Beine verwundete. Seitdem war er außer Stande, seine linke Hand im Gelenke zu heben und die Finger zu strecken, weil eine Lähmung des N. radialis bestand.

Der im November 1899 unternommene Versuch, an der Stelle der Verletzung die Stümpfe des Nerven aufzusuchen und zusammen zu nähen, misslang.

---

[1] Hoffa, Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde.

[2] Keiler, Ein Beitrag zur Sehnenplastik bei Lähmungen. Centralblatt für Chirurgie 1899. No. 47.

Vulpius, Die Behandlung von Lähmungen mit Sehnenüberpflanzung. Centralblatt für Chirurgie 1898. Beilage zu No. 26. Selbstbericht.

In Folge der fortwährenden dringenden Bitten des Mannes, mindestens seinen Daumen wieder streckfähig zu machen, entschloss ich mich, bei ihm den Versuch einer Sehnenplastik zu machen, nachdem ich mich mit Hilfe des Herrn Dr. Ludwig Levy nochmals davon überzeugt hatte, dass allein die vom Radialis versorgte Muskulatur gelähmt sei. Es ergab sich als Resultat der Untersuchung: »Die faradische Erregbarkeit der Muskeln des linken Unterarmes ist vermindert, die Streckmuskeln sind weder faradisch, noch galvanisch erregbar; der Umfang des linken Unterarmes beträgt 26,5 cm, der des rechten 28 cm«. Bei horizontaler Haltung des Vorderarmes hängt die Hand in Pronation herab, die Finger sind etwas gebogen, beim Versuche, sie zu strecken, zeigen sich nur im 4. und 5. Finger leichte Bewegungen, die anderen 3 Finger bleiben vollkommen unbeweglich. Der Kranke kann seine Hand nicht supiniren. Die Beugemuskeln funktioniren völlig normal. Will der Kranke einen Gegenstand ergreifen, so stützt er die Fingerspitzen darauf, senkt den Arm und streckt dadurch seine Finger passiv aus, schiebt seine Hand vor und ist nun im Stande, Alles zu ergreifen. Geräth dabei sein Daumen unter den Handteller, so muss er ihn mit der anderen Hand ausstrecken. In die Hand genommene Gegenstände kann er nur loslassen, wenn er die Hand von ihnen herunterzieht, oder sie mit der anderen Hand fortnimmt.

Am 17. Februar 1900 führte ich oberhalb des Processus styloideus ulnae einen 10 cm langen Hautschnitt; ich präparirte den Flexor carpi ulnaris heraus und durchschnitt ihn in der Nähe des Knochens. Dann machte ich an der Grenze des unteren und mittleren Drittels des Unterarmes einen schrägen Schnitt, legte den Extensor digit. commun. frei, zog den Muskel unter dem Extensor carpi ulnaris durch, und nähte ihn da, wo sich der gemeinsame Fingerbeuger abzuzweigen anschickt, an diesen mit Sublimatseide so an, dass ich mit dem Flexor carpi den Extensor digitorum umging und dessen Stumpf zwischen den Sehnen des 3. und 4. Fingers herauskommen ließ.

Die Hand wurde in Hyperextension festgestellt. Am 4. Tage mussten einige Nähte geöffnet werden, da die Wundränder etwas geröthet und geschwollen waren. Am 8. Tage waren die Wundränder theilweise aus einander gewichen, zwischen ihnen sickerte etwas Eiter durch. Am 14. Tage hört die Eiterung ganz auf und zwischen den aus einander gewichenen Wundrändern tritt lebhafte Granulationsbildung auf.

Vom 21. Tage an beginnen wir den Unterarm zu elektrisiren. Beugeversuchen setzt die Hand noch Widerstand entgegen, und die Finger schnellen in ihre ausgestreckte Lage zurück. Von der 4. Woche an aber gelingt die Beugung der Finger von Tag zu Tag besser. Nach vollkommener Heilung der Wunde (6 Wochen) stellen kräftige Massage und Armbäder die Elasticität der Finger völlig wieder her, nur bleiben sie beim Ausstrecken nicht beisammen, sondern entfernen sich von einander. Im Handwurzelgelenke ist die Biegsamkeit geringer, die Hand ist ständig in mäßiger Extension; versucht man, sie passiv zu beugen, so strecken sich die Finger von selbst etwas aus.

Von der Operation des Daumens hatte ich bis auf Weiteres Abstand genommen, und ein weiteres Eingreifen vom Erfolge des ersten Versuches abhängig gemacht. — Nun führte ich am 2. Juli 1900 an der radialen Seite symmetrisch mit dem ersten Schnitte einen Schnitt derart, dass die beiden Schnitte zusammen die Form eines U bildeten. Ich löste den Flexor carpi radialis vom Processus styloideus ab, zog ihn unter den Sehnen des Abductor pollicis longus und Extensor pollicis brevis durch und nähte ihn an den Extensor pollicis longus an, schloss die Wunde und verband die Hand so, dass der Daumen in Hyperextension fixirt war. Da sich am 6. Tage die Wundränder etwas geröthet zeigten, wurden die Nähte geöffnet. Am 12. Tage verlässt der Kranke das Spital. Am 24. Tage entleeren sich aus den etwas aus einander gewichenen Wundrändern 2—3 Nähte und ein klein wenig Eiter. Der Kranke ist aber schon im Stande, eine geringe Streckung des Daumens auszuführen.

Nach Anwendung von Elektricität, Massage, warmen Bädern kann er seinen Daumen, den er früher nur gegen den Handteller eingeschlagen halten konnte

unter einem Winkel von 45° ausstrecken, kann auch das 1. Daumenglied mit Leichtigkeit beugen und strecken. — 6 Wochen nach der Operation kann er mit dem Daumen skandirende Bewegungen, mit der Hand aber schon jede Arbeit ausführen; er schwingt sich auf einen Ast und schaukelt sich darauf, ergreift kräftig mit der linken Hand die Maschinenkurbel etc., mit einem Worte, es besteht kein Hindernis, dass er sein Handwerk fortsetzt.

Luxatio intercarpalis (medio-carpalis Malgaigne).

Von

Ferdinand Bähr in Hannover.

Abarten der Luxatio intercarpalis, wie die vorliegende, existiren in der Litteratur nach Tilmann (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIX) nur 2, der Deprès'sche und der Tilmann'sche Fall. Da die ganze Statistik der intercarpalen Luxationen nach dem letzteren Autor nur 8 Beobachtungen umfasst, so ist wohl die Mittheilung einer eigenen Beobachtung angezeigt.

W. B., 26 Jahre alt, Schlosser, verunglückte am 20. April 1900 derart, dass der rechte Arm, während die Hand in dem Achsenloche der Fördermaschine feststand, durch die Pleuelstange hochgehoben wurde. Damals wurde eine Fraktur des Radius diagnosticirt. Wegen verbliebener Steifigkeit des Handgelenkes wurde Pat. mir am 31. Januar 1901 überwiesen.

Status: Über den Rücken des rechten Handgelenkes verläuft quer eine unregelmäßige, bis 3 cm breite, verschiebliche Narbe. 3 Querfinger über dem Handgelenke ist am Radius eine volare Verdickung zu fühlen. Auf dem Rücken der Hand können die centralen Handwurzelknochen in ihren Facetten in undeutlicher Form nach oben vorstehend nachgewiesen werden. Von den distalen fühlt man volar nur das Multangulum majus etwas mehr prominiren. Während die Hand, vom Dorsum betrachtet, abgesehen von der der centralen Carpalreihe entsprechenden Vorwölbung, keine deutliche Formveränderung zeigt, lässt sich volar betrachtet eine leichte Verschiebung in ulna-volarer Richtung erkennen. Die Hand ist gegen links, vom Processus styloides ulnae zur Kleinfingerspitze gemessen, um 2 cm verkürzt. Von der Mittellage aus ist die Hand etwa um 10° in der Richtung der Flexion beweglich, eine Bewegung, deren Achse anscheinend im Intercarpalgelenke liegt. Die Finger zeigen völlig normale Beweglichkeit, am Daumen ist die opponirende Exkursion derart gehemmt, dass die Spitze 3 cm von der Hohlhand zurückbleibt. Eine geringe Behinderung der Pronation hat wohl in der Radiusfraktur ihre Ursache.

Diagnose: Luxatio intercarpalis volaris incompleta inveterata, Fractura radii.

Das Röntgenbild zeigt, dass es sich um eine unvollständige Luxation handelt [1]. Therapeutisch etwas Besonderes zu thun, war von vorn herein durch die Weigerung jeglichen operativen Eingriffes ausgeschlossen. Nach der ganzen Situation erscheint es auch mehr als fraglich, dass hier — 9 Monate nach dem Unfalle — durch die operative Reposition mehr als normale Lage, also vor Allem Wiederherstellung der Beweglichkeit des Handgelenkes hätte erzielt werden können, während vielleicht eher die vorhandene gute Beweglichkeit der Finger Noth gelitten hätte.

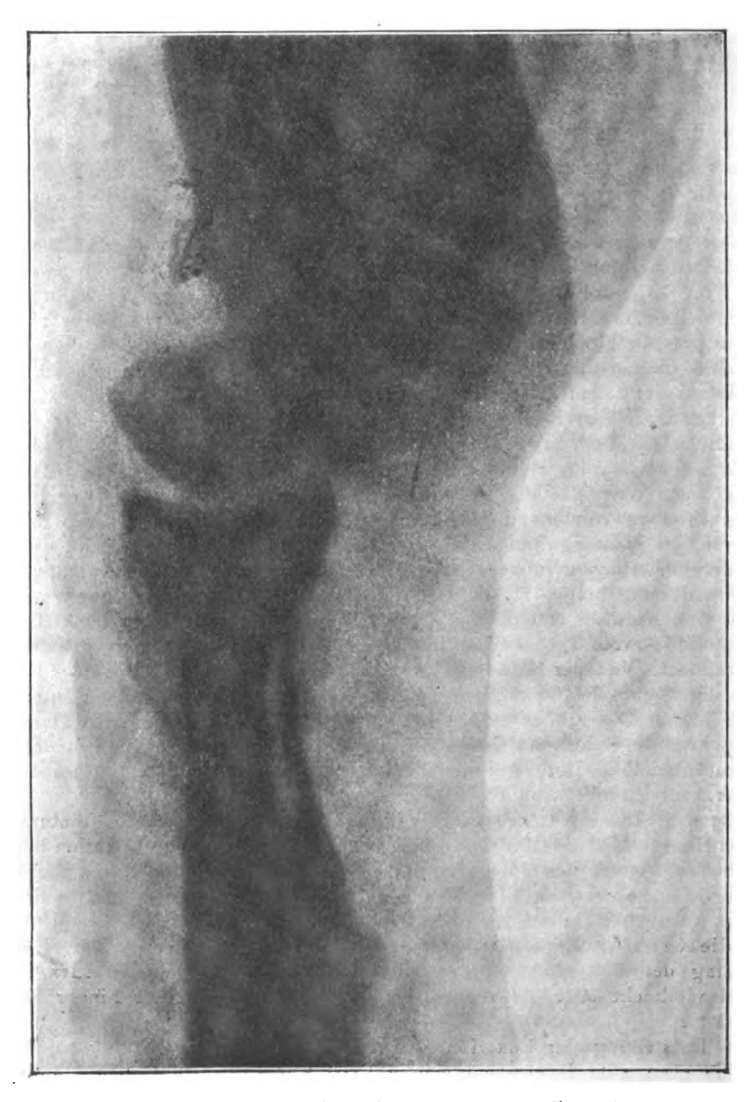
Die Entstehung der Luxation war nach dem Hergange offenbar so, dass die Hand bis etwa zum Intercarpalgelenke fixirt war (Narbe auf dem Handrücken, Anstemmen gegen die Kante des Achsenloches) und der Arm bei Dorsalflexion der Hand mit großer Gewalt nach oben gezogen wurde.

Was die Stellung der Diagnose anlangt, so will ich gern gestehen, dass ich eher an partielle Luxationen, an Frakturen im Carpus gedacht hatte, als an eine

---

[1] Die Aufnahme ist von der radialen Seite aus hergestellt. Der kleine unregelmäßige Schatten über dem dorsalen Ende des Metacarpus rührt von einem Flecke im Verstärkungschirme her.

typische Luxatio intercarpalis. Diese letzte Annahme lag mir vor Aufnahme des Skiagrammes völlig fern, zumal an der Vola so gut wie gar nichts am Carpus durchzufühlen war. Wie im Tilmann'schen Falle »die Diagnose nur mit Hilfe der X-Strahlen möglich war«, so brachte auch mir die Röntgenaufnahme erst das volle Verständnis. Bedenkt man, dass hier keine Weichtheilschwellung mehr vorlag, die Konfiguration des Skelettes also besser zu Tage trat, so lässt dies die



Diagnose in frischen Fällen mit dem der ausgiebigen Zerreißung von Bändern entsprechenden Blutergusse, der ziemlich beträchtlichen Anschwellung nicht sehr leicht erscheinen. Darin liegt wohl mit ein Grund, dass die einschlägigen Beobachtungen bislang so außerordentlich spärliche sind, und ich bin mit Tilmann »überzeugt, dass die ausgedehnte Verwerthung der Röntgenstrahlen zur Diagnose noch manchen ähnlichen Fall ans Licht bringen wird«.

21) **E. W. Ruggles.** The longevity of the gonococcus.

(Buffalo med. journ. 1900. December.)

Während die längste bisher beobachtete Persistenz des Gonococcus bei chronischer Gonorrhoe die Dauer von 4—5 Jahren nicht überschritt, und bei mehreren der mitgetheilten Fälle eine Neu-Infektion nicht mit Sicherheit ausgeschlossen war, beobachtete Verf. folgenden Fall:

34jähriger Mann, mehrfache schwere Gonorrhoe-Infektionen vor 17 resp. 15 Jahren, welche chronisch wurden; seit 13 Jahren frei von Ausfluss und sonstigen Symptomen, nur waren seither immer Schleimflocken im Urin. Vor 10 Jahren letzter außer-ehelicher Coïtus; seit 9 Jahren verheirathet, die Frau vor und in der Ehe niemals inficirt. Vor 3 Monaten im Anschlusse an einen nach Alkoholexcess ausgeführten, protrahirten (ehelichen) Coïtus schleimig-eitriger, gonokokkenhaltiger Ausfluss. Verf. nimmt eine Autoreinfektion durch latente Prostatagonorrhoe an und glaubt, da die Angaben des Pat. ihm aus verschiedenen Gründen absolut glaubwürdig erschienen, dass es sich um eine Persistenz des Gonococcus von mindestens 10 Jahren gehandelt habe. Aus der hypertrophischen, hart infiltrirten Prostata wurde durch Massage eitriges, gonokokkenhaltiges Sekret entleert; im Anschlusse hieran trat ein 10 Tage anhaltender Fieberanfall und Epididymitis auf. Gonokokken blieben ca. 4 Wochen nachweisbar. Schließlich Heilung unter gewöhnlicher Behandlung. **Mohr** (Bielefeld).

22) **Paldrock.** Ein Fall von multiplen Gelenkaffektionen bei chronischer Gonorrhoe, mit Ung. hydrarg. cin. behandelt.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 26.)

Bei einem 30jährigen Manne, welcher seit einem Jahre an Gonorrhoe mit Cystitis und Epididymitis litt, erkrankte das rechte Schulter- und Handgelenk, das linke Knie- und Sprunggelenk, später abwechselnd verschiedene andere Gelenke mit starker Schwellung und Druckempfindlichkeit. Die Gelenke waren fast unbeweglich. Nachdem die Gonorrhoe und Cystitis durch Behandlung gebessert, wurde nach dem Vorgange Schuster's gegen die Gelenkaffektionen eine energische Schmierkur eingeleitet, 5 Wochen hindurch täglich 4 g graue Salbe. Völlige Heilung der Gelenkaffektionen.

Beiläufig erwähnt P., dass er in einem anderen Falle chronischer Gonorrhoe exsudative Pleuritis auftreten sah. Im Exsudat fanden sich neben anderen Bakterien reichlich Gonokokken. **Haeckel** (Stettin).

23) **A. J. Lartigan.** A study of a case of gonorrhoeal ulcerative endocarditis, with cultivation of the gonococcus.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Januar.)

Der geringen Zahl gut beobachteter Fälle von ulceröser gonorrhoischer Endokarditis fügt Verf. einen neuen hinzu, von dem er eine ausführliche Krankengeschichte und einen genauen bakteriologischen Untersuchungsbefund giebt. Er schließt aus seiner Beobachtung und der Verwerthung der Litteratur Folgendes:

1) Eine Gonokokkenurethritis kann der Ausgangspunkt sein für eine durch Reininfektion mit Gonokokken verursachte tödliche Septhämie.

2) Endokarditis und Arthritis sind gelegentlich Komplikationen einer solchen Infektionskrankheit.

3) Der endokardiale Process kann durch die Gonokokken allein ohne Mitwirkung anderer Organismen ausgelöst werden. **R. v. Hippel** (Dresden).

24) **Vignes.** Chancre mou de la conjonctive bulbaire.

(Presse méd. 1899. No. 57.)

Es handelte sich um einen 56jährigen Mann mit einem oberflächlichen, sehr stark secernirenden Geschwür im oberen äußeren Quadranten des Bulbus. Antiseptische Behandlung mit Permangan und Borsäure blieben erfolglos. Durch einen Zufall erfuhr man, dass der Mann seinen Sohn, der an Schanker und Bubo litt,

täglich verbunden hatte. Nach Anwendung von Kalomel darauf schnelle Heilung. Einen Impfversuch verweigerte der Kranke; die bakterielle Prüfung des Eiters blieb ohne Resultat.

Verf. konnte nur noch einen einwandsfreien Fall von weichem Schanker der Conjunctiva bulbi finden. **Tschmarke** (Magdeburg).

25) G. Nobl. Über Reinfektion bei Syphilis.

(Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 11. März 1901 des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.)

Von einer Reinfektion der Syphilis kann nach N. nur dann die Rede sein, wenn der gesammte Symptomenkomplex der Syphilis, von dem Initialeffekt angefangen bis zu den Allgemeinerscheinungen, beide Male nach der entsprechenden Inkubationsdauer zur Entwicklung gelangt und zwischen den Allgemeinsymptomen der Ersterkrankung, resp. den Recidiven derselben und der Neuinfektion zumindest ein der erfahrungsgemäßen Dauer des irritativen Syphilisstadiums entsprechender Zeitraum verflossen ist.

Bei Aufrechterhaltung dieser unerlässlichen Postulate muss von vorn herein die größere Hälfte der bisher mitgetheilten Fälle bei der Beurtheilung der Reinfektion außer Acht gelassen werden.

Ein besonderes Gewicht ist bei dieser auf den Nachweis von charakteristischen Allgemeinsymptomen bei der Reinfektion schon aus dem Grunde zu legen, als bei der besonderen Tendenz luetischer Produkte zu lokaler Recidivirung und der Eigenschaft auch nicht specifischer Läsionen, auf luetischem Boden zu induriren, für die unrichtige Deutung der Befunde der weiteste Spielraum geboten wird.

N. selbst berichtet über einen neuen einwandfreien, allen Postulaten genügenden Fall von syphilitischer Reinfektion, welchen er während der beiden Syphilisausbrüche zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte. Die Wahrnehmung betrifft einen 42jährigen, seit vielen Jahren verheiratheten Beamten, der Anfangs 1894 nach außerehelicher Kohabitation eine typische Sklerose im Sulcus coron. dorsalwärts, consecutive Skleradenitis und nach der 2. Inkubation ein maculopapulöses Exanthem acquirirte. Diese Eruption, wie auch 2 Recidive, welche noch im selben Jahre, resp. Mitte 1895 in Form von Schleimhautplaques, Papeln an den Genitalien und gruppirten Exanthemen in Erscheinung traten, wurde mittels intramuskulärer Hg-Injektionen einer energischen Allgemeinbehandlung unterworfen. Während der folgenden Jahre zeigte der Kranke keine weiteren Erscheinungen, und war dessen völlige Heilung um so wahrscheinlicher geworden, als seine Frau nach 5jährigem Intervall neuerdings in die Hoffnung kam und im Jahre 1898 einem gesunden Kinde das Leben schenkte, das auch in der Folge keinerlei Abweichungen von der Norm erkennen ließ. Im Januar 1900 präsentirte sich der Pat. mit einem unzweideutigen knorpelharten Primäraffekt der rechten Frenularnische, der nach einem 3 Wochen vorher ausgeübten suspekten, extrakonjugalen Beischlafe aufgetreten war. Nach weiteren 4 Wochen konnte N. ein dichtes makulöses Exanthem neben universeller Drüsenschwellung verzeichnen und die Allgemeinbehandlung in Form von 5%igen Sublimatinjektionen einleiten, welche Therapie auch gegen ein Recidivexanthem am After, so wie Plaques muceuses in Anwendung kam, welche Erscheinungen mehrere Monate später zum Ausbruche gelangten. Den unnöthigen Nachweis für die Virulenz seiner Neuinfektion erbrachte der Kranke, indem er noch im selben Jahre seine Frau ansteckte, die seither mit einer erodirten Sklerose des linken großen Labiums, Skleradenitis inguinalis und makulösem Exanthem behaftet, gleichfalls in der Behandlung des Vortr. stand.

Bezüglich der Pathologie der Reinfektion steht Vortr. auf dem Standpunkte, dass die Verlaufsweise derselben eine von der Ersterkrankung völlig unabhängige sei. Selbst der viel geäußerten Ansicht, dass die Zweiterkrankung einen besonders milden Charakter aufweise, könne nicht rückhaltlos beigepflichtet werden, indem zahlreiche Beobachtungen (Diday, Mraček u. A.) das gegentheilige Vorkommnis illustriren. Dass es nicht stets die leichtesten Fälle sind, für welche die Möglich-

keit der Neuansteckung in Geltung steht, gehe aus jenen interessanten Wahrnehmungen hervor, in welchen die irritativen Symptome der Reinfektion, oft noch mit gummösen Residuen der ersten Syphilis, oder schweren Läsionen der ererbten Krankheit einhergehen (Merkel, Köbner, Jakowlew, Taylor u. A.).

Ein Streiflicht werfen ähnliche Beobachtungen gleichzeitig auf die Ätiologie gewisser Spätprodukte der Syphilis.

Die von Bäumler, Lang, Finger, Neumann u. A. vertretene Ansicht, dass den Spätformen der Syphilis oft nur die Bedeutung liegengebliebener Reste beizumessen sei, welche des specifischen Charakters bereits entkleidet sind, konnte erst zu vollster Anerkennung gelangen, seitdem durch das zeitliche Zusammentreffen solcher Läsionen mit einer neuen Infektion die avirulente Natur derselben unwiderleglich erhärtet erscheint. In der Kategorie ähnlicher Läsionen figuriren nach N. vorzüglich die Schwielengummen, manche Sarcoceleformen und organisirte perivestale Wucherungen.

Ein weiteres entscheidendes Beweismoment für die Heilbarkeit der Syphilis sei in der Reinfektion zu erblicken und gleichzeitig für das specifische Heilvermögen der Quecksilberpräparate, welche in allen bisher bekannt gewordenen Reinfektionsfällen die Ersterkrankung und ihre Recidive aufs günstigste beeinflussten. (Selbstbericht).

26) G. de la Combe. Syphilis et papillome volumineux du larynx.

(Rev. hebdom. de laryngol. 1900. No. 43.)

Ein seit 15 Jahren bestehendes, nur geringe Heiserkeit verursachendes Papillom wuchs nach Acquirirung von Lues so rapid, dass die schwersten Athembeschwerden eintraten; trotz antisyphilitischer Kur keine Besserung. Auf endolaryngealem Wege war die Exstirpation nicht mehr möglich, daher Entfernung der Geschwulst mittels Thyreotomie. Die histologische Untersuchung bestätigte die rein papillomatöse Natur der Neubildung. Glatte Heilung.

F. Alexander (Straßburg i/E.).

27) B. Schulze. Idiosynkrasie gegen Anwendung von Hydrargyrum-Präparaten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. No. 5.)

S. theilt einen Fall mit, in welchem nach externer Kalomelanwendung, nach Einreibung mit grauer Salbe, nach Injektion von 0,01 Sublimat ein Arzneiexanthem auftrat; Hydrargyrum oxydulat. tannic. 0,01 bis schließlich 0,3 pro die wurde vertragen und beseitigte die Lueserscheinungen.

Der Fall beweist also, was speciell der Ref. betont hat, dass intern Hg vertragen werden kann von Menschen, die es extern nicht vertragen, und dass auch bei starker Hg-Idiosynkrasie zunächst ein Versuch mit innerer Therapie und kleinen Dosen zu machen ist. Man kann, wie ich bereits in einer Anzahl von Fällen gesehen habe, damit so weit kommen, dass schließlich bei solchen Menschen auch externe Hg-Therapie gut vertragen wird. **Jadassohn** (Bern).

28) Stark. Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Injektionen mit Hydrargyrum salicylicum, nebst einem Beitrage zur sog. Paraffinembolie der Lungen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXX. No. 5.)

S. berichtet über einen Fall, in dem nach je einer Salicyl-Hg-Injektion ein urticarielles und blasenförmiges Exanthem mit Erbrechen auftrat, während eine Kalomelinjektion vertragen wurde — es handelte sich also um eine Salicyl-Idiosynkrasie.

Ferner theilt S. mit, dass er unter 250 intramuskulären Injektionen ungelöster Hg-Präparate zwei — übrigens leichte und ohne weiteren Schaden abgelaufene — Lungenembolien erlebt habe, trotzdem er oberhalb der Horizontalen von der oberen

Spitze des Trochanters injicirte — seit er immer vor der Entleerung der Spritze nachsieht, ob sich Blut aus der Kanüle ergießt, ist ihm das nicht mehr passirt. (Die Zahl dieser Embolien ist auffallend hoch; doch kann das ja ein Zufall sein; am besten ist wohl der Vorschlag Schäffer's zu befolgen, zuerst nach Einstechen der Kanüle zu aspiriren, um zu sehen, ob Blut kommt. Den Vorschlag S.'s, in der centralen Partie der Glutäalgegend zu injiciren, möchte ich nicht unterschreiben — gerade nach solchen Injektionen kommen nach meiner Erfahrung manchmal heftige ausstrahlende Schmerzen vor.) **Jadassohn** (Bern).

29) **Eisenberg** (Berlin). Bericht über die in den Jahren 1898 und 1899 in der Poliklinik für Hautkranke in der Kgl. Charité unter Leitung von Geh.-Rath Schweninger behandelten Kranken.

(Charité-Annalen Jahrgang XXV. Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1900. p. 508.)

Bei ambulatorischer Behandlung des gewöhnlichen Unterschenkelgeschwürs leistete verhältnismäßig gute Dienste die Umschneidung neben Berücksichtigung aller mechanischen und statistischen Verhältnisse des Einzelfalles. Beim Ulcus rodens erwies sich eine milde konservative Behandlung mit heißen Kamillenumschlägen, peinlicher Sauberkeit, Pyoctaninpflastermull etc. sehr wirksam, Heilung erfolgte oft für Jahre hinaus, und selbst nach Wiederaufbruch soll wiederum mit derselben einfachen Behandlung ein erfreulicher Erfolg erreicht worden sein.

Noch einer weiteren therapeutischen Erfahrung sei gedacht, nämlich der günstigen Einwirkung von Einspritzungen einer 15%igen spirituösen Thiosinaminlösung zur Erweichung narbiger oder neugebildeter Bindegewebsmassen. So wurde z. B. bei den zur Entwicklung der »Pfundnase« führenden Fällen von Acne rosacea Verkleinerung der unförmigen Bildungen dadurch herbeigeführt, nur allein unter Beihilfe feiner thermokaustischer Stichelungen. **Lühe** (Königsberg i./Pr.).

30) **R. B. Preble** and **L. Hektoen.** A case of multiple fibromata of the nerves, with arthritis deformans.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Januar.)

Ungemein ausführlich und sorgfältig beschriebener Fall von allgemeiner Neurofibromatosis höchsten Grades. Interessant ist der Fall besonders dadurch, dass neben der Geschwulstbildung an den Nerven außerordentlich hochgradige Veränderungen an den Gelenken nicht nur der Extremitäten, sondern auch der Wirbelsäule bestanden, die zur Ausbildung einer extremen Kyphoskoliose geführt hatten. Endlich bestand noch ein tiefes, kraterförmiges Geschwür am linken Oberschenkel, das jahrelang jeder Behandlung trotzte. Die Verff. sind aber nicht geneigt, diese Veränderungen mit der Erkrankung der Nerven in Zusammenhang zu bringen, halten vielmehr das gleichzeitige Bestehen derselben für ein zufälliges Zusammentreffen. **R. v. Hippel** (Dresden).

31) **T. v. Marschalkó.** Zur Kenntnis der multiplen Hautmyome.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. No. 7.)

v. M. beschreibt einen der recht seltenen und in nicht-dermatologischen Kreisen wohl kaum bekannten Fälle von multiplen Hautmyomen. Die Geschwülste entstanden bei v. M.'s Pat. im 20. Lebensjahre unter lebhaftem Jucken; sie waren an einem Unterschenkel, an beiden Oberschenkeln und in der Sternalgegend lokalisirt; sie waren nicht bloß auf Berührung sehr empfindlich, sondern Pat. litt auch — was schon mehrfach beobachtet ist und dieser an sich gutartigen Neubildung den Charakter einer schweren Krankheit verleiht — an außerordentlich heftigen Schmerzparoxysmen, welche täglich 2- bis 3mal auftraten und einige Minuten dauerten. Die histologische Untersuchung ergab nichts wesentlich Neues; nur glaubt der Verf. mit Bestimmtheit den Ausgang der Muskelelemente von den Arrectores pilorum gesehen zu haben — eine Anschauung, welche mit der vom Ref. ausgesprochenen vollständig übereinstimmt. Nach der Excision einiger Knoten erfolgte wie gewöhnlich kein Recidiv. **Jadassohn** (Bern).

32) H. Wolff. Carcinom auf dem Boden des Dermoids.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.)

Die wenigen Fälle von Carcinom, welche bisher als auf dem Boden von Atheromen entstanden bekannt geworden sind, bildeten sich bei Balggeschwülsten, welche ulcerirt waren und lange Zeit Fistelbildung zeigten. Die primäre Carcinombildung in der Wand eines einfachen unkomplicirten und noch geschlossenen Dermoids, einer Hautcyste, konnte Verf. nirgends beschrieben finden. Um so interessanter ist seine Beobachtung, welche einen 21jährigen Schlosser betrifft, bei dem man die Diagnose auf ein Dermoid des linken inneren Augenwinkels stellen musste. Makroskopisch konnte man die exstirpirte Geschwulst auch nur für ein Dermoid ansehen. Indessen fand sich bei der mikroskopischen Untersuchung eine ausgesprochene carcinomatöse Entartung eines Theiles des Dermoids; und zwar stellte sich die krebsige Partie als ein Cylinderepithelkrebs dar, der einen alveolären Bau besaß und keine Neigung zur Schichtung oder Hornbildung aufwies. Jedenfalls hatte man es mit einem Hautkrebs zu thun, der von der untersten Schicht des Rete Malpighii ausging, und dessen Elemente den embryonalen cylindrischen Charakter jener Zellschicht wahrten. Krompecher, welcher neuerdings auf diese Carcinome aufmerksam gemacht hat, bezeichnet sie mit dem Namen: drüsenartige Oberflächenepithelkrebse, eine Benennung, die nach W.'s Ansicht nicht für alle zu dieser Gattung gehörigen Formen passt.

Weiterhin konnte Verf. noch einen zweiten hierher gehörigen Fall in der v. Bergmann'schen Klinik beobachten, bei dem es sich um ein einfaches Dermoid auf dem Kreuzbeine handelt, aus dessen Resten ein Plattenepithelkrebs sich entwickelte. Doch entstand hier das Carcinom, wie gesagt, erst aus den Resten der Dermoidwand, welche nach der vorhergegangenen Exstirpation zurückgeblieben waren, nachdem monatelang secernirende Fisteln bestanden hatten, im Gegensatze zu dem ersten Falle, wo das Dermoid noch intakt war.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

33) F. Franke. Carcinomatöse Entartung subkutan gelegener Epidermoide.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

F. hebt hervor, dass er schon vor Wolff einen Fall beschrieben habe, bei dem es innerhalb einer intakten Hautcyste zur Entwicklung eines Carcinoms gekommen sei. Bei dem betreffenden Pat. entarteten 2 subkutane völlig geschlossene Epidermoide des Daumenballens krebsig, und zwar an der der Hautoberfläche abgewandten Seite der Geschwulst und ohne Bildung von Hornperlen, also ganz analog dem Wolff'schen Falle. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

34) H. W. Stellwagon. Report of a case of blastomycetic dermatitis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Februar.)

Ausführlicher klinischer und pathologisch-anatomischer Bericht über einen Fall dieser seltenen Krankheit. Das Krankheitsbild glich fast vollkommen dem einer Tuberculosis verrucosa cutis. Kurze differentialdiagnostische und therapeutische Bemerkungen sind dem Berichte angefügt.

R. v. Hippel (Dresden).

35) D. Fieschi (Parma). Contributo allo studio della elefantiasi congenita.

(Clinica chirurgica 1899. No. 9.)

Ein Fall von Elephantiasis congenita der linken unteren Extremität bei einem 4 Monate alten Knaben. Schnürfurche im unteren Drittel des Unterschenkels. Amputation. Die histologischen Details eignen sich nicht zum Referate.

F. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Zur Entstehung der Elephantiasis congenita ist das Vorhandensein eines schnürenden Stranges nicht unentbehrlich.

2) Die enorme Entwicklung der Elephantiasis entspricht nicht der Konstriktion der Extremität.

3) Der Strang hat nur einen kleinen Antheil im Anfange der Entwicklung.

4) Weiterhin entwickelt sich die Elephantiasis unabhängig vom schnürenden Strange und der Furche.

5) Es kann die Elephantiasis einfach erklärt werden durch die Wirkungen der gestauten Lymphe.

6) Die Operation »der Wahl« ist die von Réclus-Mikulicz.

7) In außergewöhnlichen Fällen muss zur Amputation geschritten werden.

J. Sternberg (Wien).

36) J. C. White. Case of Brocq's »Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées«.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XVIII. No. 12.)

Ein 36jähriger, kräftig gebauter Irländer zeigt seit 12 Jahren von Anfang Herbst bis zum Beginne des Sommers über den Körper verstreut zahlreiche, unregelmäßig kreisförmige, bräunliche bis rothe Flecken von 1—3 cm Durchmesser. Je kälter die Luft ist, desto intensiver die Röthung. In den Sommermonaten ist die Haut völlig normal, ohne die geringste Spur von Flecken. Im Gesichte besteht geringe Schuppung. — Einen gleichartigen Fall beschreibt Charles White. — Die histologischen Befunde sind ausführlich angegeben.

Chotzen (Breslau).

37) W. Wende. Dermatitis vesico-bullosa et gangraenosa mutilans. Report of two cases having a hystero-traumatic origin.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XVIII. No. 12.)

Ein 17jähriges, kräftiges, aus gesunder Familie stammendes Mädchen beobachtete nach Betupfung einer Warze des rechten Handrückens mit reiner Karbolsäure kurze Zeit nach dem Verschwinden der reaktiven Entzündung des Handrückens auf dem rechten Unterarme, in der Ellbeuge und im Gesichte rothe Flecke, welchen zahlreiche kleine Bläschen aufsaßen. Diese Flecke heilten unter Zurücklassung von brauner Verfärbung ab. Bald darauf entwickelte sich am 5. rechten Finger eine Gruppe von Bläschen, welche zu Gangrän führte und die Amputation des Fingers erforderte; auch der 4. Finger fiel unter den gleichen Erscheinungen der Amputation anheim. Nach 8 Wochen war die Sensibilität des rechten Armes verringert, die motorischen Reflexe des Armes, der Patellarreflex rechts erhöht. Allmählich entwickelten sich auch auf der Brust und dem Rücken mehrfache, zum Theil konfluirende, nekrotische Bezirke, welche unter Narbenbildung abheilten. Das Auftreten der Gangrän ist mit heftigen, von der Wirbelsäule nach dem Arme ausstrahlenden Schmerzen, Schüttelfrost, Ohrenklingen und mitunter Ohnmachtsanfällen verbunden. Eine derartige aufsteigende Neuritis nach der Anwendung von Ätzmitteln ist auch anderweitig bereits beobachtet worden.

Der 2. Fall betrifft ein aus nervös belasteter Familie stammendes Mädchen von 18 Jahren, welches nach einem Sturze aus dem Schlitten auf der rechten Gesäßhälfte eine Bläschengruppe zeigte. Der Bezirk wurde gangränös, heilte erst in 4 Monaten ab und recidivirte mehrfach an derselben Stelle, sobald sich Pat. irgend welcher anstrengenden Thätigkeit unterzog. Von Beginn der Erkrankung an trat Incontinentia urinae auf; die Hautsensibilität war an der ganzen Hautoberfläche herabgesetzt; der Rachen, die Augäpfel waren völlig anästhetisch, die Kniereflexe leicht erhöht. Während im 1. Falle an verschiedenen Stellen Hautgangrän auftrat, wiederholte sie sich im 2. Falle stets an derselben Stelle. Dieser Umstand macht den letzteren Fall noch ganz besonders bemerkenswerth.

Chotzen (Breslau).



38) J. Fabry. Über einen eigenthümlichen Fall von Dermographismus (Urticaria chronica, factitia, haemorrhagica).

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 1.)

Bei einer älteren Frau traten nach Kratzen, durch den Druck der Kleider etc. hämorrhagische Streifen, die wochenlang Bestand hatten, auf. Der Versuch, Urticaria factitia zu erzeugen, ergab zuerst eine Quaddelleiste, die bald verging, um einem hämorrhagischen Streifen Platz zu machen. Dieser Zustand dauerte 3 Jahre, dann starb die Kranke, bei welcher eine bestimmte Diagnose nicht gestellt worden war; sie hatte ein kolossales Zungenödem. (Ich habe schon wiederholt hämorrhagische Streifen bei Purpura oder hämorrhagischer Diathese kachektischer Individuen durch den Reiz mit stumpfen Gegenständen entstehen sehen.)

Jadassohn (Bern).

39) Doutrelepont. Beitrag zur Pityriasis rubra (Hebra).

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LI. Hft. 1.)

Die Pityriasis rubra (Hebra) ist eine sehr seltene Erkrankung und ihre Diagnose ist dadurch erschwert, dass es wesentlich negative Momente (neben der diffusen Röthung und Schuppung und neben dem chronischen Verlaufe) sind, welche zu ihrer Sonderstellung führen. Jede Bereicherung der Kasuistik ist mit Dank zu begrüßen, zumal wir über die Ätiologie dieser prognostisch sehr ungünstigen Krankheit noch fast nichts wissen. Die beiden Fälle D.'s sind sehr genau beobachtet; ihre Diagnose ist kaum anzuzweifeln. Der Ausgang war in dem einen Heilung, in dem anderen kam es nach scheinbarer Heilung zu einem Recidive. Interne Karbolbehandlung und Salicylpasten schienen einen günstigen Einfluss zu haben. Von Tuberkulose war in beiden Fällen nichts nachzuweisen (leider wird über Tuberkulinreaktion nichts berichtet — der Ref. hatte auf die große Häufigkeit von Tuberkulose bei Pityriasis rubra aufmerksam gemacht). Die histologischen Untersuchungen bestätigten die früheren Befunde; speciell wurde auch ein Rücktransport des Pigmentes aus dem Epithel in die Cutis konstatirt.

Jadassohn (Bern).

40) M. Leredde. Application de la photothérapie au traitement du lupus érythémateux.

(Indépendance méd. 1901. No. 5.)

Verf. bestätigt die von Finsen mit seiner Lichtbehandlung erzielten günstigen Resultate bei Lupus und erreichte bei 11 schweren, meist jahrelang mit den verschiedensten Mitteln ohne Erfolg behandelten Fällen von Lupus erythematodes 3 Heilungen, 2 bedeutende Besserungen. Von den übrigen 6 noch in Behandlung befindlichen Kranken sind 4 der Heilung nahe, nur 2 anscheinend wenig zu beeinflussen.

Mohr (Bielefeld).

41) Stenbeck. Ein Fall von Hautkrebs, geheilt durch Behandlung mit Röntgenstrahlen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Bei einer 72jährigen Frau bestanden seit 9 Jahren 2 Geschwüre auf der Nase, deren eines bei Beginn der Behandlung $1^1/_2$ cm Durchmesser hatte; das andere war etwas größer; sie hatten einen wallartigen Rand und wurden makroskopisch für Carcinom gehalten. Unter längerer Behandlung mit Röntgenstrahlen heilten die Geschwüre. Der Bericht schließt unmittelbar nach Beendigung der Behandlung, so dass sich über ein Recidiv nichts sagen lässt. Die Furcht der Kranken vor dem Messer verhinderte die Excision eines Stückes zur mikroskopischen Untersuchung.

Haeckel (Stettin).

42) H. B. Williams. A case of rodent ulcer treated with pure resorcin.

(Brit. med. journ. 1900. December 1.)

Es handelt sich um eine 70jährige Frau, welche seit 12 Jahren an einem Ulcus rodens der linken Nasenseite litt. Der innere Augenwinkel war in das

Geschwür hineingezogen. Eine Resorcinsalbe hatte wenig Einfluss ausgeübt. Schließlich wurde ein Versuch mit Resorcin in Substanz gemacht, dasselbe zuerst täglich applicirt, dann, als Schmerzhaftigkeit auftrat, jeden zweiten Tag. Unter dieser Behandlung kam innerhalb 2 Monate eine völlige Vernarbung des Geschwürs zu Stande. (Es ist leider nicht berichtet, ob dauernd. Ref.)

Weiss (Düsseldorf).

43) **O. Rothschild.** Über die operative Behandlung irreponibler Frakturen.

(Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 2.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, welche an der Rehn'schen Abtheilung des Frankfurter städt. Krankenhauses mit der operativen Behandlung von Knochenbrüchen gemacht wurden. Die Entscheidung, ob konservativ, ob auf blutigem Wege vorgegangen werden sollte, wurde streng individualisirend von Fall zu Fall getroffen, und zwar kam das operative Verfahren nur dann in Anwendung, wenn auch in tiefer Narkose Reposition und Retention der Bruchenden nicht gelungen war. Diesem Grundsatze entsprechend sind in den letzten 4 Jahren 45 Knochenbrüche blutig vereinigt worden. Hiervon entfallen 15 auf den Unterschenkel, 9 auf den Oberarm, 7 auf den Vorderarm, 5 auf den Oberschenkel, die übrigen auf Kniescheibe, Daumen und Schlüsselbein. Weitaus die besten Resultate ergaben die Brüche des Unterschenkels, da die Tibia sehr leicht zugänglich ist, während die Fibula unberücksichtigt bleiben kann; bei Frakturen des Vorderarmes erwies sich die Vereinigung beider gebrochener Knochen als sehr schwierig und daher auch als wenig aussichtsvoll, so dass hier die Operation nur für verzweifelte Fälle reservirt werden sollte. Zwischen diesen beiden Bruchformen stehen bezüglich der Prognose diejenigen des Oberschenkels, bei welchen der tiefe Sitz des Knochens und die mächtige Muskulatur als ungünstige Momente in Betracht kommen. Leichter wiederum war die Naht am Humerus, sie hat sich insbesondere bei Brüchen in der Nähe der Gelenke als äußerst dankbar erwiesen. Bezüglich der Operationstechnik sei nur hervorgehoben, dass von den verschiedenen Vereinigungsmethoden der Knochen ausschließlich die Knochennaht und der Elfenbeinstift in Verwendung kamen. **Honsell** (Tübingen).

44) **Thöle.** Zur Kasuistik seltener Luxationen und Frakturen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 112.)

1) Verrenkungen der Hand im Radialgelenke. Ein Kanonier fiel beim Reiten in der Hindernisbahn vom Pferde und schlug zuerst mit dem Handrücken der stark volar gebeugten und pronirten Hand nach vorwärts auf den harten Sandboden auf. Resultat: volare Verrenkung der Hand. Dieselbe erschien verkürzt und in Bajonettstellung gegen den Vorderarm. Die Gelenkenden des letzteren oben fühlbar, unten diejenigen der ersteren Handwurzelreihe. Die Finger standen in Folge der Sehnenverkürzung durch Ausrenkung flektirt. Leichte Reposition ohne Narkose durch Zug und Druck. Dagegen zeigte ein in der Rostocker Klinik von T. beobachteter Fall (27jähriger Stellmacher) eine dorsale Handverrenkung, verbunden mit Absplitterung des Proc. styl. radii. Beide Verrenkungen waren durch indirekte Gewalt entstanden. Bei von T. angestellten Leichenversuchen misslang die Erzeugung der dorsalen Verrenkung, wogegen diejenige volarwärts unschwer hervorbringbar war. 2) Verrenkungen in den Interphalangealgelenken. Ein Kanonier führt an jeder Hand mit der Trense ein Pferd, die Trensen in die festgeschlossenen Fäuste gefasst. Das rechtsgehende Pferd scheut und springt nach hinten, wobei der Lederriemen auf die Dorsalseite der Mittelphalanx des gebeugten 4. Fingers drückte. Resultat: Verrenkung der Mittelphalanx auf die Beugeseite der Grundphalanx, verbunden mit Achsendrehung der 2 distalen Phalangen nach rechts. Reposition nicht schwierig, gutes Resultat. 3) Abrissbruch an den Nagelphalangen. Ein Gefreiter stößt beim Turnen bei ausgestreckter Hand mit der Spitze des kleinen Fingers gegen eine Leitersprosse. Stechender Schmerz und darauffolgende Unfähigkeit, das Endglied zu strecken. Nach einigen

Wochen noch unveränderter Zustand. Das Röntgenbild zeigte, dass die Strecksehne von der Nagelphalanx nicht einfach abgerissen war, sondern sich von dieser auch ein linsengroßes Knochenstückchen getrennt hatte.

(Ref. fügt hier kurz 2 eigene Beobachtungen hinzu. Ein Schiffszimmermann, ca. 12 Fuß hoch von einem Schiff kopfüber nach hinten auf Eisschollen fallend, erwarb eine komplicirte Verrenkung des Daumengrundgliedes im Interphalangealgelenk. Das Köpfchen der Grundphalanx sah aus einer kurzen knopflochartigen volaren Wunde an der radialen Fingerseite dicht unter der Interphalangealgelenkfurche radialwärts und nach unten heraus. Nagelglied ulnarwärts und nach oben verrutscht. Es war die rechte Hand, in welcher Pat. einen Hammer gefasst hatte; der nähere Verletzungsmechanismus war nicht aufzuklären. Reposition leicht, gute Wundheilung. Beweglichkeit leidlich, wird hoffentlich noch besser werden — der Fall ist erst neulich passirt. — Einen Strecksehnenabriss von einer Fingernagelphalanx beobachtete ich bei einem Oberlehrer, dem in der Turnstunde ein schwerer Lederball gegen die Fingerspitze der zum Fangen entgegengestreckten Hand gesaust war. Die auch hier eintretende Streckunfähigkeit blieb zunächst unverändert, und Pat., ein sehr guter Klavierspieler, fürchtete beim Spiel genirt und behindert zu werden, was aber nicht der Fall war. Nach 4 Monaten hat sich die normale Streckfähigkeit ganz spontan wieder hergestellt. Die Beobachtung scheint mir gegen jegliche operative Behandlung bei dieser Verletzung zu sprechen.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **W. Tiplady.** A case of compound dislocation of the wrist.

(Brit. med. journ. 1900. November 10.)

Kurze Mittheilung eines Falles von komplicirter Handgelenksluxation, welche dadurch entstanden war, dass beim Umkippen einer Kohlenkarre das Pferd plötzlich anzog und dadurch einerseits durch das Gewicht der beladenen Karre, andererseits durch den seitens des Pferdes ausgeübten Zug eine außerordentliche Gewalt auf die Vola manus ausgeübt wurde. Ulna und Radius ragten $4^1/_2$ Zoll aus der Vola manus hervor und waren theilweise ihres Periosts beraubt; daneben bestand eine beträchtliche Blutung und eine starke Zerreißung der Muskulatur. Nach Desinfektion wurde die Verrenkung reponirt. Eine Infektion fand nicht statt, und durch Massage und mechanische Behandlung wurde ein völlig bewegliches Gelenk erzielt. **Weiss** (Düsseldorf).

46) **J. G. Sheldon.** Dorsal dislocation of the trapezoid.

(Amer journ. of the med. sciences 1901. Januar.)

S. konnte in der Litteratur nur noch einen, von Gay beschriebenen Fall von isolirter, unkomplicirter Verrenkung des Os multangulum minus auf die Dorsalseite finden.

Der von ihm beobachtete betraf einen 39jährigen Polizisten, der einen Mann so mit der Faust schlug, dass die ganze Wucht des Schlages das distale Ende des Metacarpus indicis traf. Die Luxation wurde durch Palpation und Skiagramm festgestellt. Die Reposition gelang nur unvollkommen, die Heftpflastereinwicklung wurde von dem Manne am 10. Tage entfernt; bei der Vorstellung 15 Wochen später war die Dislokation dieselbe, wie unmittelbar nach der Entstehung, die Beweglichkeit des Handgelenks dabei nicht beeinträchtigt und wenig schmerzhaft.

Da es S. bei Versuchen an der Leiche nur bei Durchschneidung des dorsalen Ligamentes, zwischen Metacarpus indicis und Multangulum minus gelang, die Verletzung nachzuahmen, so schließt er daraus, dass in seinem und Gay's Falle eine angeborene Schwäche oder Abwesenheit dieses Bandes vielleicht kombinirt mit einer Missbildung der Carpalknochen bestand. **R. v. Hippel** (Dresden).

47) **F. Staffel.** Luxation des Os scaphoideum und des Os lunatum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1.)

Verrenkungen der Handwurzelknochen sind, nach den diesbezüglichen Litteraturangaben zu schließen, nur seltene Vorkommnisse. Indessen glaubt Verf., die

Anwendung der Röntgenstrahlen werde lehren, dass sie doch häufiger vorkommen, als man bisher anzunehmen geneigt sei. Die vorliegende Arbeit enthält die Beschreibung zweier derartiger Fälle, bei denen auch nur die Röntgenaufnahme den wahren Sachverhalt klärte. Bei dem einen Pat. bestand eine isolirte Verrenkung des Os lunatum, bei dem anderen handelte es sich um eine solche des gebrochenen Os scaphoideum und des Os lunatum zugleich, und zwar nach der Volarseite der Hand. Die Tastung scheint bei diesen Fällen keine sicheren diagnostischen Merkmale zu liefern. Nur bei dem 2. Falle mit der Verrenkung beider Knochen bestand eine wesentliche Bewegungsbeschränkung, und zwar ausschließlich eine solche der Beugung. Die mechanische Behandlung war ohne Erfolg. Einer Operation, welche zweifellos eine Besserung der Bewegungsfähigkeit herbeigeführt hätte, wollte sich Pat. nicht unterziehen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

48) C. Beck. Über Tendinitis und Tendovaginitis prolifera calcarea.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 328.)

B. beobachtete bei einem 42jährigen Schneider, der vor ungefähr 11 Jahren eine kleine schmerzlose Anschwellung auf seinem rechten Handrücken bemerkt hatte, nachdem diese allmählich gewachsen war, eine jetzt mäßig apfelgroße, sehr harte dunkelrothe Handrückengeschwulst, welche, ulcerirt und von Fisteln durchsetzt, sarkomverdächtig erschien. Im Röntgenbilde ergab sich aber eine ulceröse Gelenkzerstörung im 3. Metacarpophalangealgelenk, weshalb Fungus als Ursache der Geschwulst angenommen wurde. Bei der Operation wurde das kranke Gelenk versorgt, zugleich aber gefunden, dass die Strecksehnen sämmtlicher Finger, mit Ausnahme des Daumens, in eine Masse verbacken waren, welche wie Mörtel aussah und unter dem Messerschnitte knirschte. Exstirpation dieser Massen, wobei die Sehne des 3. Fingers ganz und die des 2. und 4. bis auf wenige Bündel geopfert werden musste. Langsame Heilung mit mäßiger Fingersteifigkeit. Die entfernten Kalkmassen wogen gegen 80 g. Mikroskopisch fand sich Rundzellengranulation, Staphylokokken, keine Tuberkelbacillen, ferner Ablagerungen von phosphor- und kolensaurem Kalke. Die Affektion erinnert also an die Verkalkungen in käsigen Lungenherden, Endo- und Perikardiumschwarten, Uterusmyomen etc. Zu bemerken ist noch, dass demselben Pat. 13 Jahre früher wegen Phlegmone eine große Zehe exartikulirt werden musste, an welcher ebenfalls Konkrementbildungen gesessen hatten. Diese waren seiner Zeit nicht näher untersucht und für gichtische Harnsäureablagerungen angesehen worden. Vielleicht aber handelte es sich auch damals um Kalkabsetzungen.'

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

49) J. Fittig. Ein Fall von scheinbar primärem Cancroid der Ulna.

(Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

F. weist an Hand einer Beobachtung aus der v. Mikulicz'schen Klinik darauf hin, wie große Vorsicht bei Annahme primärer Knochencarcinome geboten ist.

Bei einem 53jährigen Manne wurde 6 Wochen nach einem Unfalle eine hühnereigroße Geschwulst der Ulna konstatirt. Dieselbe wurde unter Resektion des zum Theil völlig zerstörten Knochens exstirpirt und erwies sich überraschenderweise als ein Plattenepithelcarcinom. Dass dasselbe primär an Ort und Stelle entstanden sei, schien durchaus unwahrscheinlich, aber erst bei nochmaliger, nachträglicher Untersuchung ließ sich der Primärherd, ein bis dahin symptomlos verlaufenes Cancroid des Kehlkopfes entdecken. — Wie des Weiteren ausgeführt wird, darf überhaupt ein nur klinisch untersuchter und nicht lange Jahre hindurch beobachteter Fall für die Existenz eines primären Knochencarcinoms nicht ausschlaggebend sein, ja selbst bei Sektionen können noch die Primärherde übersehen werden. **Honsell** (Tübingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Vrelag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, **F. König,** **E. Richter,**
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. **Sonnabend, den 11. Mai.** **1901.**

Inhalt: I. **Kronacher,** Die koupirte Äthernarkose. — II. **L. Moszkowicz,** Ein Apparat für Schleich'sche Infiltrationsanästhesie. (Original-Mittheilungen.)

1) **Tillmanns,** 2) **Schmidt,** Lehrbuch der Chirurgie. — 3) **Tilmann,** Schädelschüsse. — 4) **Luys,** Verletzung der Blutleiter der harten Hirnhaut. — 5) **Challions,** Erkrankungen der Augenhöhle. — 6) **Steinthal,** Rhinoplastik. — 7) **Gray,** Lokalanästhesie in Nase und Ohr. — 8) **du Fougeray,** Geschwülste der oberen Luftwege. — 9) **Félix,** Lupus der oberen Luftwege. — 10) **v. Bókay,** Intubationstrauma. — 11) **Harmer,** Tonsillotomiebelag. — 12) **Hartmann,** Traumatische Rückenmarkserkrankungen. — 13) **Zuppinger,** Skoliose. — 14) **Beck,** Kropf.

15) **Lanz,** Leontiasis. — 16) **Gubler,** Akromegalie. — 17) **Redtlob,** Encephalocystocele. — 18) **Zajaczkowski,** Angiom des Stirnbeines. — 19) **van Walsem,** Eröffnung der Schädelhöhle. — 20) **Büdinger,** Verschluss von Schädeldefekten. — 21) **Babinsky,** Trepanation. — 22) **Hassler,** Revolverschuss im Warzenfortsatze. — 23) **Moure** und **Lafarelle,** Trepanation des Warzenfortsatzes. — 24) **Lannois** und **Lévy,** Stummheit. — 25) **Barth,** 26) **Gabszewicz,** Exophthalmus pulsans. — 27) **David,** Fremdkörper in der Nase. — 28) **Szmurlo,** Ozaena. — 29) **M. Schmidt,** Wirbelosteomyelitis. — 30) **Hartmann,** Ankylosirende Wirbelsäulenentzündung. — 31) **Starr,** Rückenmarksgeschwülste. — 32) **Pfannenstiel,** Paraffineinspritzungen. — 33) **Bernhardt,** Inokulationstuberkulose.

I.

Die koupirte Äthernarkose.

Von

Dr. **Kronacher** in München.

Wohl die meisten Chirurgen, die seit Wiedereinführung der Äthernarkose von dieser ausgiebigen Gebrauch gemacht haben, werden nach Abwägung aller Vor- und Nachtheile darin einig sein, dass Chloroform und Äther vorerst neben einander so lange fortbestehen werden, als nicht ein besseres Narkoticum und vor Allem auch keine vollkommeneren Mittel und Methoden zur Erzeugung der lokalen Anästhesie erdacht werden und diese in den Schatten stellen.

Die lokalen Anästhetica, wie sie uns zur Zeit Behufs schmerzloser Vornahme operativer Eingriffe zur Verfügung stehen, werden die Narkose im Allgemeinen nicht entbehrlich machen, wenngleich

sie diese in vielen Fällen zu ersetzen scheinen. Aber nicht überall und nicht in demselben Maße macht man von diesem Ersatze Gebrauch, es giebt da wie dort Gegner, und wenn der letzteren viele sind, dann ist der Werth des Mittels mindestens ein zweifelhafter. Ich bin weit entfernt, die Vortheile dieser lokalen Anästhesie in Abrede stellen zu wollen, ich möchte nur ihren wahren Nutzen ins Auge fassen. Schauen wir uns die gebräuchlichsten dieser Mittel kurz an, ich werde an einer anderen Stelle eingehender darauf zurückkommen.

Das Chloräthyl und der Äther sind zur lokalen Anästhesie nur für eine beschränkte Anzahl von Operationen anwendbar, zudem schmerzen sie, wenn sie ihre Wirkung zu entfalten beginnen, noch mehr eine ganze Zeit lang nach Aufhören derselben. Das Cocain, Eukain u. A. sind eben so wenig souverän. Die Methode nach Braun-Oberst ist für eine, auch wiederum verhältnismäßig kleine Anzahl von chirurgischen Eingriffen nahezu ideal zu nennen, aber der Schlauch, die Nadelstiche und das Zuwarten bis zum Eintritte der Anästhesie stehen ihrer Vollkommenheit, abgesehen von der beschränkten Anwendung, im Wege.

Die Infiltrationsanästhesie nach Schleich, die gebräuchlichste von allen, ist anerkanntermaßen eine umständliche und zeitraubende Manipulation, die besonders dann eine halbe Sache wird, wenn sie, wie Viele wollen, die tiefe Narkose bei großen Operationen ersetzen soll. Vielleicht sind die neuerlichen Beobachtungen Lennander's[1] geeignet, ihr einen breiteren Weg zu bahnen.

Die spinale Injektion nach Bier ist zur Zeit nicht spruchreif und dürfte voraussichtlich ein zweischneidiges Schwert bleiben. So müssen wir es denn vorerst noch mit der Narkose halten und deren gefahrbringenden Momenten so viel als möglich entgegen zu treten trachten.

Bezüglich des Chloroforms macht Mikulicz[2] darauf aufmerksam, dass man bei vielen kleinen Operationen u. A. nicht immer tief zu narkotisiren brauche, sondern des öftern von der sog. Halbnarkose Gebrauch machen solle; er empfiehlt sie besonders für Frauen und Kinder, nicht minder aber auch für größere Operationen, bei denen man nach vorheriger tiefer Narkose mit dem Chloroform hinterher sehr sparsam umgehen könne.

In noch viel höherem Maße als das Chloroform ist aber auch der Äther zu einer solchen, von mir »koupirte Äthernarkose« genannten Anästhesirung geeignet; in noch viel höherem Maße schon desshalb, weil gerade die Hauptnachtheile der Äthernarkose (Bronchitis, Pneumonie, Psychosen und Collaps) erst in dem größeren

---

[1] Lennander, Über die Sensibilität der Bauchhöhle und über lokale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen. S. d. Centralbl. 1901. No. 8.

[2] v. Mikulicz, Chloroform oder Äther. Berliner klin. Wochenschrift 1894. No. 46.

Verbrauche des Mittels und der länger dauernden Narkose zu suchen sind.

Die Ausführung dieser Narkose geschieht folgendermaßen. Auf eine der gebräuchlichen Masken gieße man 5—10 ccm Äther, lasse unter öfters erneuter Luftzufuhr eine Anzahl Athemzüge machen, wiederhole das Aufgießen mit 10—20 ccm und narkotisire nun bis zum Eintritte der Excitation; ist diese eingetreten, so lasse man den Pat. noch eine Anzahl Inhalationen (5—10) machen; in vielen, den meisten Fällen genügt dieses Quantum zur Erzielung einer vollen Anästhesie. Man entferne die Maske und operire. Ist das Ätherquantum, wie in einigen wenigen Fällen, zur Erzeugung einer Excitation zu gering gewesen, so muss man ein drittes Mal und wiederum 10—20 ccm aufgießen, wobei man in der oben angegebenen Weise weiter verfährt. Die Dauer einer solchen Anästhesie währt bis zu 10 Minuten. Sollte sich nach Eintritt derselben rasches volles Erwachen und bald Schmerzempfindung einstellen, so muss man nochmals bis über das Excitationsstadium, wie geschildert, narkotisiren. Wie bei der tiefen Narkose, so hängt auch hier der Erfolg zuweilen von der Art der Pat. ab, d. h. der mehr oder weniger rasche Verlauf der Narkose. Die Pat. sind bei Bewusstsein, reagiren auf Anrufen u. dgl., geben nicht selten, oft unter lebhaften Gebärden, Schmerzensäußerungen von sich, haben aber zumeist nach dem vollen Erwachen keine Vorstellung von dem Geschehenen.

Ich habe beispielsweise in diesem Stadium einer Pat. 20 Zähne extrahirt; bei jedem einzelnen schrie dieselbe laut auf; sie war aber auf nachheriges Befragen frei von Schmerzempfindung. Dies nur ein Beispiel von vielen solchen Erfahrungen.

Eine gefährliche Nebenwirkung habe ich bei dieser Narkose niemals beobachtet; meist kehrt das Bewusstsein rasch zur Norm zurück, auch sind keine oder sehr geringe üble Nachwirkungen, wie Kopfschmerzen, Erbrechen, Übelkeit u. dgl., vorhanden.

Mit dieser Methode können wir die meisten kleinen Operationen, ja selbst eine Anzahl sog. mittelgroßer Eingriffe ausführen. Auf die anästhesirende Nachwirkung des Äthers nach der tiefen Narkose ist ja schon wiederholt von anderer Seite hingewiesen, und so sind wir denn, wenn unsere Methode einmal versagt, stets in der Lage, von ihr Gebrauch zu machen. Wir können andererseits aber auch bei größeren Operationen die Narkose bedeutend einschränken; es genügt oft eine einmalige tiefe Ätherisirung, um bis zu einer halbstündigen Dauer schmerzlos operiren zu können; selbst da, wo dies, wie ja nicht so selten, nicht ausreicht, können wir uns Äthereinschränkungen aller Art auferlegen.

Die koupirte Äthernarkose, die ich seit 3 Jahren in ausgiebigster Weise gebrauche, wird uns in den meisten Fällen die lokale Anästhesie ersetzen; auch für die tiefe Narkose wird sie vielfach zu verwenden sein. Da, wo sie für größere chirurgische Eingriffe nicht mehr ausreichend erscheint, wird eine tiefere Narkotisirung an ihre

Stelle treten, jedoch so, dass man sie mit Verringerung des Quantums nach Thunlichkeit modificiren wird.

In dieser Verringerung des zu inhalirenden Quantums liegt ein Hauptmoment zur Beseitigung der Chloroform- und Äthergefahren.

München im März 1901.

II.

(Aus dem Rudolfinerhause in Wien.)

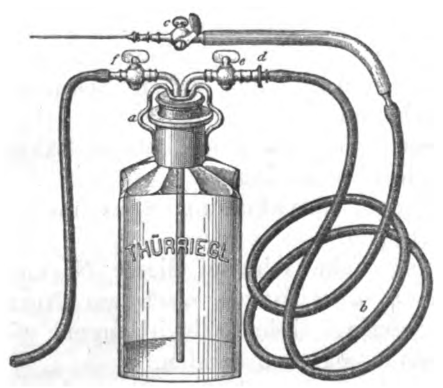
Ein Apparat für Schleich'sche Infiltrationsanästhesie.

Von

Dr. **Ludwig Moszkowicz,**

Sekundärarzt des Rudolfinerhauses.

Der Apparat, den ich hiermit zur Erprobung empfehlen möchte, hat die Aufgabe, die Spritze für die Infiltration überflüssig zu machen und so die Technik derselben zu vereinfachen. Die Abbildung veranschaulicht wohl am einfachsten die Konstruktion des Apparates. Die 300 ccm fassende Flasche wird zur Hälfte mit der Cocainlösung gefüllt. Durch wenige Kolbenstöße einer einfachen Wundspritze wird in der Flasche erhöhter Luftdruck erzeugt, der die Flüssigkeit in den Schlauch *b* und das mit Bügelhahn versehene Endstück *c* treibt, welches die Injektionsnadel trägt.



Der doppelt durchbohrte Kautschukstöpsel wird durch einen Drahtbügel *a* fest am Halse der Flasche befestigt. Der zur Infiltration nöthige Druck wurde empirisch gefunden. Er wird durch drei Kolbenstöße einer 100 ccm fassenden gewöhnlichen Wundspritze erzeugt, wobei natürlich bei jedem Kolbenstoße der Hahn bei *f* geöffnet und während des Aufziehens der Spritze geschlossen werden muss.

Ich habe es absichtlich vermieden, eine Druckpumpe mit Ventilen anzuwenden, um den Apparat so einfach als möglich zu lassen. Der so erzeugte Druck beträgt etwa $1^{1}/_{2}$ Atmosphären. Wer mehrmals den Apparat aufgepumpt hat, erkennt leicht an dem Widerstande, den er dabei empfindet, wann der Druck die nöthige Höhe erreicht hat. Der Wasserstrahl, den die so gefüllte Flasche emporsendet, geht ungefähr 2 m hoch.

Der Schlauch *b* ist $1^{1}/_{4}$ m lang, hat bei 2 mm Wanddicke ein Lumen von $2^{2}/_{3}$ mm. Er wird durch den hohen Luftdruck ganz wenig gebläht und wirkt dadurch wie ein Windkessel. Schläuche von dickerer Wandung, die dem Luftdrucke gar nicht nachgaben, erwiesen sich wegen der geringeren Beweglichkeit als unzweckmäßig. Bei einem Drucke von 2 Atmosphären platzt der Schlauch und wirkt so als Sicherheitsventil, doch ist die Erzeugung eines solchen Druckes mit Hilfe der Wundspritze schon sehr schwierig. Die Flasche hält einen Druck von drei Atmosphären aus.

Das Endstück *c* ist der vom Operateur zu handhabende Theil. Es besteht aus einem engeren Innenrohre, das nur Behufs größerer Handlichkeit von einem äußeren Rohre als Mantel umgeben ist. Das proximale Ende ist abgebogen, wodurch der Zug des Gummischlauches vom Operateur weniger empfunden wird. Am distalen Ende ist in entsprechender Entfernung ein Bügelhahn angebracht, so dass, wenn das Endstück *c* in die volle Faust genommen wird, der Daumen den Bügel leicht umlegen kann.

Der Hahn ist leicht zerlegbar, kann also gereinigt und geölt werden, was von Zeit zu Zeit nothwendig sein wird, da dieser Theil des Apparates gekocht wird. Zu diesem Behufe ist der Schlauch *b* an dem Rohre *e* bei *d* durch eine Schraubenmutter, einen sog. Holländer, befestigt, kann also in Verbindung mit dem Endstücke *c* abgenommen und wieder luftdicht aufgeschraubt werden. Die Kanüle hat kein Gewinde, sondern passt bloß genau auf den Conus des Endstückes, auf den sie mit einer Drehung aufgesteckt wird.

Die Anwendung des Apparates ist nun folgende: Vor der Operation wird die Flasche zur Hälfte mit Schleich'scher Lösung gefüllt und mit drei Kolbenstößen einer Wundspritze der nöthige Druck erzeugt. Nun wird der Hahn bei *f* geschlossen, die Spritze abgenommen. Indessen wurde der Theil *b* mit dem Endstück *c* mit den übrigen Instrumenten gekocht.

Soll die Operation beginnen, so schraubt man den Schlauch *b* bei *d* an die Flasche, die am besten mittels eines Hakens am Operationstische befestigt wird, oder in ein Becken mit warmer Sublimatlösung gestellt wird, wodurch auch die Cocainlösung die nöthige Körperwärme erhält.

Der Hahn bei *e* wird geöffnet, der Schlauch *b* mit dem Endstück ist steril und kann neben den anderen Instrumenten auf dem Operationstische liegen. In manchen Fällen wird es zweckmäßiger sein, wenn ein aseptischer Assistent die Flasche mit dem Haken an einem Knopfloche befestigt und dem Operateur den Griff *c* reicht.

Die Technik der Operation ist sehr einfach. Man sticht ein, öffnet mit dem Daumen den Bügelhahn bei *c*, sofort entsteht eine Quaddel, wenn der Druck genügend groß ist. Indem man die Nadel einfach vorstößt, breitet sich das Infiltrat über die Strecke aus, die der Länge der Nadel entspricht. Nun schließt man den Hahn, zieht die Nadel heraus, um sie neuerdings in beliebiger Richtung einzustechen. So infiltrirt man in kurzer Zeit einen großen Hautbezirk. In dem Maße als die Flüssigkeit ausgespritzt wird, sinkt der Druck in der Flasche, er reicht aber immer noch aus, um die geringere Spannung der tieferen Gewebsschichten, die im weiteren Verlaufe der Operation infiltrirt werden sollen, zu überwinden, so dass die einmal geladene Flasche bis zum vollständigen Verbrauche der Flüssigkeit funktionirt. Übrigens lässt sich ja auch durch einen Kolbenstoß der Spritze während einer Zeit, da keine Infiltration nöthig ist, der Druck in der Flasche wieder erhöhen.

Regierungsrath Gersuny hatte die Güte, den Apparat bei einer Reihe von Fällen im Rudolfinerhause zu erproben, wobei derselbe zu vollster Zufriedenheit funktionirte.

Der häufige Spritzenwechsel war immer der wunde Punkt in der Technik der Infiltrationsanästhesie. Kleine 1grammige Spritzen, die sich am leichtesten handhaben lassen, machen häufige Spritzenfüllung nöthig, größere Spritzen erfordern, je größer sie sind, einen um so größeren Druck der Hand, der auf die Dauer schmerzhaft empfunden wird.

Mit meinem Apparate wird rasch und leicht infiltrirt, die Infiltration wird daher gründlicher und mit um so besserem Erfolge ausgeführt. Es ist daher zu hoffen, dass dadurch die Infiltrationsanästhesie noch mehr an Ausdehnung gewinnen wird, indem mancher Chirurg, der die häufige Spritzenfüllung lästig empfunden hat, sich bereit finden lassen wird, auch größere Operationen mit der lokalen Anästhesie zu versuchen.

---

1) **Tillmanns.** Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 7. verbesserte und vermehrte Auflage.

Leipzig, **Veit & Co.,** 1901.

Bei dem rastlosen Fortschreiten der chirurgischen Wissenschaft erfordern unsere gangbaren Lehrbücher fortgesetzt Neuauflagen mit zeitgemäßen Ergänzungen. Nachdem noch unlängst das König'sche Lehrbuch in 7. Auflage erschienen ist, hat sich auch bei dem T.'schen bereits eine Neuausgabe nöthig erwiesen, obwohl die letzte noch erst aus dem Jahre 1899 datirt. In allen Abschnitten ist den neueren Veröffentlichungen und Forschungsresultaten Rechnung getragen, selbstverständlich so weit es der Rahmen des so außerordentlich praktisch angelegten Lehrbuches gestattete. Der Werth des T.'schen Buches liegt ja zweifellos einmal in seiner bei aller Wissenschaftlichkeit kurzen knappen, das Nebensächliche bei Seite lassenden Darstellung, dann in seinen überaus zahlreichen, leicht verständlichen und die Natur meist richtig wiedergebenden Abbildungen, endlich und nicht zum Mindesten in der übersichtlichen Eintheilung und Anordnung des Stoffes mit der praktischen Einrichtung der Stichworte am Seitenrande, die kurz über den Inhalt des betreffenden Absatzes Kunde geben. Desshalb wird es für den Studenten auch immer das verständlichere und von ihm mehr begehrte Lehrbuch bleiben.

Die Zahl der Bilder ist wieder beträchtlich vermehrt, im 1. Bande um 70, im 2. um 30. Vielleicht dürfte der Wunsch gestattet sein, der Chirurgie des Magens mit specieller Berücksichtigung der für den jungen Arzt so wichtigen Indikationspunkte etwas mehr Raum zu gewähren. **Reichard** (Cracau-Magdeburg).

---

2) **G. B. Schmidt.** Kurzgefasstes Lehrbuch der Chirurgie. I. Allgemeiner Theil.

Wien, **Franz Deuticke,** 1901. 384 S.

In dem Titel, den S. seinen Buche giebt, und in der Einleitung spricht Verf. aus, wie er seine Chirurgie aufgefasst haben will. Der Medicinstudirende soll bei seinem ersten Eintritt in den chirurgischen Hörsaal in dem Werke ein kurzgefasstes Lehrbuch haben, dessen methodische Durcharbeitung ihn in das Gesammtgebiet unseres chirurgischen Wissens und Könnens einführen soll. Das Buch entspricht sicherlich einem Bedürfnis und wird den Studenten sehr willkommen sein; aber auch der praktische Arzt, der fern dem Universitäts- und klinischen Leben steht, wird sich leicht in ihm über chirurgische Fragen informiren können. Das Ziel, welches sich S. gesteckt hat, ist aber kein leichtes, das Werk soll das Wichtigste in gedrängtem Raume bringen, dabei aber seinen wissenschaftlichen Charakter wahren. Der I. Theil, die allgemeine Chirurgie, liegt vor uns, und man wird dem Verf. die Anerkennung zollen müssen, dass er sein sich gestecktes Ziel erreicht hat, ohne dem Buche den Stempel des Kompendiums aufzudrücken. Die Anordnung des Stoffes ist übersichtlich und seine Bearbeitung kurz und klar.

Wenn Ausstellungen zu machen sind, so beziehen sich diese auf die Illustrationen, für die der Verlag und der Verf. gleich verantwortlich sind. Man sieht es ja allerdings sehr häufig, dass die Reproduktionen in den ersten Auflagen recht viel zu wünschen übrig lassen; doch wundert uns dies in dem vorliegenden Falle um so mehr, als die sonstige Austattung des Buches eine recht gute ist; die meisten Reproduktionen stehen keineswegs auf der Höhe der Zeit. Es muss ferner Wunder nehmen, dass Verf. den größten Theil seiner Bilder aus anderen Werken entlehnt hat; es haben ihm bei dem überaus reichen Material der Heidelberger chirurgischen Klinik doch sicherlich so viel neuere Objektpräparate zur Verfügung gestanden, dass er neue eigene Bilder hätte bringen können. So finden sich auch einige Instrumente in ganz veralteten Formen abgebildet; z. B. finden wir die alte Middeldorpf'sche Glühschlinge, den Transfusionsapparat nach Collin; die alte Kettensäge ist dargestellt, während die sie verdrängende Giglisäge keine Beachtung findet etc.

Ref. glaubt dies im Interesse des Buches erwähnen zu müssen, damit die weiteren Theile, resp. die nächste Auflage, auch in dieser Beziehung den heutigen Anforderungen, die wir an ein Lehrbuch der Chirurgie stellen müssen, entspricht. **H. Wagner** (Breslau).

---

3) **Tilmann.** Zur Theorie der Schädelschüsse.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1900. Hft. 2. p. 65.)

T. hat die auf dem 28. deutschen Chirurgenkongress mitgetheilten Erfahrungen Krönlein's einer Kritik unterzogen und einer experi-

mentellen Nachprüfung unterworfen. Er kommt zu dem Ergebnisse, dass die von Krönlein beschriebene Exenteratio cerebri schon allein durch die Wirkung der Pulvergase bei unmittelbar und fest auf die Haut des Schädels aufgesetztem Gewehrlauf erklärt werden könne. Aus dem Grade der Zerstörung ist es unter diesen Umständen nicht möglich, zu entscheiden, ob ein Geschoss überhaupt mitgewirkt hat, oder nicht. Die Wirkung der eintretenden und sich mächtig ausdehnenden Pulvergase genügt allein schon zur Erklärung der mächtigen Zerstörung. Die von Krönlein beschriebenen Fälle, welchen er noch einen selbst beobachteten Fall (den vierten dieser Art) anreiht, sind daher zwar auffallend, müssen aber von einem besonderen Gesichtspunkte betrachtet und können nicht herangezogen werden, um die Theorie der Nahschüsse zu erschüttern. Vielmehr ist die gewöhnlich große Zerstörung des Schädels und Gehirnes bei Nahschüssen als die Folge der Geschwindigkeitsübertragung des Geschosses auf die Gehirntheile anzusehen. Bei Schüssen aus allernächster Nähe, à bout portant und bis zu etwa 12 cm Abstand zwischen Gewehrmündung und Körperoberfläche, kommt nun als weiteres Moment noch das Eindringen der sich mächtig ausdehnenden Pulvergase in die Wunde hinzu, welche die Exenteration im Ganzen ohne wesentliche Zertrümmerung bewirken kann.

Was die zweite Kategorie der Fälle Krönlein's betrifft, in denen trotz kurzen Abstandes eine tiefe Zerstörung des Gesammtgehirnes ausbleibt, so handelt es sich stets um tangential auftreffende Schüsse mit kurzem Schusskanal und durch Durchbohrung mehrerer Knochen abgeschwächtem Geschosse. Es ist mithin die Geschwindigkeit sowohl als auch die Menge der getroffenen Hirntheile gering und sind daher auch die Ausfallserscheinungen um so weniger erheblich, als die auf einzelne Gehirntheile, hier die Schläfenlappen, beschränkte Zerstörung oft überhaupt nur geringe Erscheinungen macht.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Anmerkung: Auf diese Arbeit bezieht sich die Entgegnung Krönlein's, deren Referat auf p. 292 dieses Blattes (1901) gegeben ist. Ref.

---

4) **G. Luys.** Betrachtungen über die traumatischen Verletzungen der Sinus der harten Hirnhaut.

Inaug.-Diss., Paris, 1900.

Diese lesenswerthe Arbeit erhebt sich an Umfang (126 S.) und Inhalt wesentlich über den Durchschnitt der Inauguraldissertationen. Der Autor behandelt in 6 Kapiteln nach einander die Anatomie des Sinusgebietes, die Ätiologie und den Mechanismus der Sinusverletzungen, die pathologische Anatomie, die Symptomatologie, die Diagnostik und die Behandlungsmethoden.

Als wesentliche Ergebnisse der Ausführungen unter diesen 6 Gesichtspunkten ergiebt sich Folgendes in kurzer Zusammenfassung:

1) Das Gebiet, auf welchem Sinusverletzungen stattfinden können, überragt die Mittellinie des Sinus nach jeder Seite um $1^1/_2$ cm, in Folge der Einmündung zahlreicher Venen, deren Verletzung in der Nähe des Sinus praktisch einer Verletzung des Sinus selbst gleichkommt.

2) Es kommen sowohl direkte Verletzungen des Sinus vor mit äußerer Verwundung als auch indirekte ohne äußere Verwundung oder selbst ohne Schädelbruch.

3) Die Blutungen sind zuweilen nur extradural, meistens jedoch extra- und intradural. Der Autor hat das bereits früher von Serres an Hunden angestellte Experiment nachgeprüft, aus dem sich ergiebt, dass die häufig anzutreffende Ablösung der Dura im Bereiche der Blutung nicht sekundär durch den Druck des Blutes veranlasst wird, sondern vielmehr eine Vorbedingung für die Ergießung des Blutes zwischen Dura und Knochen ist.

4) Die Diagnose ist mit Sicherheit nur dann zu stellen, wenn man einen Zusammenhang zwischen Wunde und Sinus erkennen kann. Man soll jedoch bei jeder Schädelverletzung mit Depression in der Nähe eines Sinus eine Sinusverletzung als wahrscheinlich annehmen.

5) Wenn bei einem solchen Falle außerdem noch Zeichen von Hirndruck vorhanden sind, so soll man unbedingt chirurgisch eingreifen, eben so wie in jedem Falle von festgestellter Sinusverletzung.

6) Die Art des Eingriffes muss nach ausgiebiger Freilegung des Gebietes durch Trepanation zunächst auf schnelle Blutstillung gerichtet sein. Die anatomischen Verhältnisse ergeben, dass bei den nicht seltenen operativen Verletzungen des lateralen Sinus die Blutstillung durch einfache Tamponade meistens leicht zu erreichen ist. Beim Längssinus leistet die Tamponade wenig; hier kommt Fingerdruck, Anlegung von Klemmpincetten, Einstopfen von Katgutbündeln in Betracht. Nach vorläufiger Blutstillung empfiehlt Autor dringend die Naht der Sinusverletzung nach Schwartz, mit Seide oder Katgut.

Die Kasuistik, aus welcher Verf. die angeführten Anschauungen entwickelt, umfasst 58 Fälle. Davon betreffen 16 den Sinus lateralis mit 13 Todesfällen. (Unter diese 16 sind keine Fälle von operativen Verletzungen aufgenommen, die ja fast immer einen günstigen Verlauf nehmen.) In 12 Fällen erfolgte der Tod, ohne dass ein chirurgischer Eingriff stattgefunden hatte; 4 Fälle wurden operirt; von diesen wurden 3 geheilt, und zwar einer mit Naht der Sinuswunde, 2 mit einfacher Tamponade nach Freilegung der Wunde.

Viel günstiger stellt sich die Statistik der 42 Fälle von Verletzung des Sinus longitudinalis. Von diesen endeten 17 tödlich, und zwar 7 trotz chirurgischen Eingreifens; bei den anderen 10 erfolgte der Tod meist kurz nach der Verletzung. 20 konnten durch den chirurgischen Eingriff gerettet werden, 5 Fälle heilten ohne chirurgischen Eingriff, von einem einfachen Occlusivverbande (in 3 Fällen) abgesehen. Die Naht der Sinuswand wurde in 4 Fällen

ausgeführt, jedes Mal mit gutem Erfolge. 5 Abbildungen, darunter 2 farbige, veranschaulichen die Ausführungen. **W. Schultz** (Kiel).

---

5) **J. Chaillons.** Die Operation nach Krönlein bei den Erkrankungen der Orbita.

Inaug.-Diss., Paris, 1900.

An der Hand eines geschichtlichen Überblickes über die Entwicklung des Operationsverfahrens, so wie einer großen Anzahl von theilweise recht interessanten Krankengeschichten kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Krönlein'sche Methode, die temporäre Resektion der äußeren Orbitalwand, bei allen Fällen von Geschwülsten des Sehnerven unbedingt anzuwenden sei.

Er empfiehlt dieselbe ferner bei Cysten der Orbita, falls nicht eine Punktion mit Einspritzung einer Sublimatlösung (1 : 1000) die Symptome zum Verschwinden gebracht habe.

Schließlich will er sie zu diagnostischen Zwecken angewandt wissen in allen Fällen, bei denen über die Natur oder Lokalisation einer Geschwulst in der Augenhöhle Zweifel bestehen (5 Abbildgn.).

W. Schultz (Kiel).

---

6) **Steinthal.** Rhinoplastik aus der Brusthaut.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

S. hat bei einem Falle von Gesichts- und Nasenlupus, bei welchem nur das knöcherne Nasengerüst nach der Entfernung der erkrankten Partien zurückgeblieben war, die Brusthaut zur Rhinoplastik verwandt. Die Operation zerfiel in folgende Akte: 1) Umschneiden des Brustlappens und Einpflanzen desselben in den Vorderarm. 2) Durchtrennung des Bruststieles in einem Zuge. 3) Überführen des Lappens an die Nasenwurzel, wobei der Arm so fixirt wurde, dass der Handrücken der Stirn auflag. Die Bildung der Nase aus dem translocirten Lappen erfolgte in üblicher Weise. — Die mitgetheilte Beobachtung dürfte wohl nicht nur für die Rhinoplastik, sondern überhaupt für die Technik plastischer Operationen von Werth sein, da sie zeigt, dass Hautlappen durch Vermittlung des Vorderarmes nach den entferntesten Körperstellen verpflanzt werden können.

Honsell (Tübingen).

---

7) **A. A. Gray.** A further note on the production of local anaesthesia in the ear, nose and throat.

(Lancet 1901. März 9.)

In Ergänzung einer früheren Veröffentlichung (Lancet 1900 April 21), in der Verf. für kleinere Operationen, besonders solche in Nase, Ohr und Hals ein Mittel zur Lokalanästhesie empfiehlt, das eine 10%ige Lösung von Cocain in Anilinöl und Spiritus zu gleichen Theilen darstellt, giebt er jetzt eine verbesserte, vielfach als recht geeignet erprobte Zusammensetzung zu gleichem Zwecke an.

Zwei Lösungen sind fertig zu halten:

1) eine 20%ige Lösung von Cocain. hydrochloricum in Spiritus rectificatus;

2) eine 15—20%ige Lösung von β-Eucain in Anilinöl.

Zum Gebrauche werden von jeder Lösung ca. 15—20 Tropfen zusammengegossen; die Mischung, erst opak, wird wasserklar. Sie ist nicht fertig zu halten, da zersetzlich; die Eucain-Anilinlösung ist vor dem Zusammengießen umzuschütteln, da sich nicht alles Eucain im Öl löst. Das Mittel wird so angewandt, dass die zu anästhesirenden Bezirke damit betupft werden, und zwar möglichst energisch für einige Sekunden. Nach höchstens 7 Minuten tritt volle Anästhesie auf; diese ist eine bei Weitem tiefere als bei bedeutend höher procentigen wässrigen Lösungen von Cocain oder als bei sehr viel größeren Mengen wässriger Cocainlösung. Es sollen so die tiefer anästhesirende Wirkung und das Ausbleiben von Symptomen der Cocainintoxikation die Hauptvortheile der empfohlenen Lösung sein.

Das gelegentlich beobachtete leichte Brennen beim Appliciren der Lösung ist belanglos, wichtiger das ab und zu, gewöhnlich erst nach einigen Stunden beobachtete eigenthümliche Blaufärben der Lippen (das wahrscheinlich auf der Umwandlung von Oxyhämoglobin in Methämoglobin beruht).

Doch bei Anwendung der genannten Menge der Lösung und entsprechender Verringerung bei Kindern — eine Dosis, die absolut ausreichend ist — sind keine Nebenwirkungen zu fürchten.

F. Kraemer (Berlin).

---

8) **H. du Fougeray.** De l'emploi de l'acide chromique en solution au demi dans le traitement des tumeurs malignes des muqueuses du pharynx, nez, larynx.

(Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. T. XXVII. No. 1.)

F. schlägt zur Behandlung von Carcinomen in Rachen, Nase und Kehlkopf wiederholte Ätzungen mit Chromsäure vor. Er berichtet über einen Fall von Rachenkrebs, der dadurch geheilt wurde und nach 2 Jahren noch recidivfrei war. Ein zweiter, ähnlicher Fall endete während der Behandlung tödlich an Pneumonie, nachdem Besserung erzielt war. Bei einem inoperablen Kehlkopfcarcinom mit starken Stenoseerscheinungen — Tracheotomie abgelehnt — erzielte F. freie Athmung durch wiederholte Ätzungen.

Für operable Fälle dürfte der Vorschlag F.'s wohl kaum Anklang finden.

Hinsberg (Breslau).

---

9) **E. Félix.** Le lupus des muqueuses des voies aériennes supérieures.

(Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. T. XXVII. No. 2.)

F. giebt eine gute Übersicht über die lupösen Erkrankungen der oberen Luftwege, die wohl vorwiegend für die Rhino-Laryngologen von Interesse ist.

Von allgemeiner Bedeutung erscheint die von F. hervorgehobene Thatsache, dass der Lupus sehr häufig primär in der Nase auftritt und erst von da aus sich auf die Gesichtshaut weiter verbreitet. Nach der Ansicht mehrerer Autoren (Lang, Audry u. A.) ist das sogar die häufigste Entstehungsart des Gesichtslupus. — Frühzeitige Diagnose und Behandlung der Nasenerkrankung ist also außerordentlich wichtig.

F. berichtet über 10 eigene Beobachtungen. Näher auf die interessante und besonders durch eine umfassende Litteraturzusammenstellung werthvolle Arbeit einzugehen, ist an dieser Stelle nicht möglich.

Hinsberg (Breslau).

---

10) **J. v. Bókay.** Über das Intubationstrauma.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 369.)

Verf., Primärarzt des Budapester Stefanie-Kinderhospitals, verfügt über eine imposante eigene Erfahrung über Intubation, die ihn zusammen mit völliger Kenntnis der einschlägigen Litteratur in Stand setzte, vorliegende, für ihren Gegenstand maßgebendste Bedeutung und Wichtigkeit besitzende Arbeit zu liefern. Dieselbe ist 108 Seiten stark, mit 23 Figuren illustrirt, welche anatomische Präparate, verschiedene Intubationsinstrumente und Operationsakte darstellen, und bringt im Anschlusse an ihr eigentliches Thema eine Menge von instruktiven Auseinandersetzungen zur Technik und Praxis des Intubationsverfahrens, so dass kein Chirurg, der selbst das Verfahren ausüben will, das Studium dieses Werkes unterlassen sollte.

Verf. theilt seinen Stoff in 3 Abschnitte: 1) Das Trauma bei der Tubuseinführung, 2) das Trauma bei liegendem Tubus, 3) das Extubationstrauma. Das 1. und 3. treten gegen das 2. Trauma an praktischer Wichtigkeit ganz bedeutend zurück. Bei Einführung der Tuben können allerdings leicht oberflächliche Schleimhauterosionen gesetzt werden, doch sind sie bedeutungslos. Um so schädlicher ist das Bohren falscher Wege, die meist den Tod der Kranken bewirken. Verf. hat 5 dergleichen eigene Fälle zu beklagen. Der Unfall ist stets auf grobes Ungeschick des Operateurs zurückzuführen. Vor der Anwendung im Ernstfalle hat darum jeder Operateur die Technik sich an Phantomen oder an tracheotomirten rekonvalescirenden Kindern einzuüben. Eben so ist die Vermeidung von Beschädigungen beim Extubiren wesentlich Sache der Technik. Verf. bespricht die mannigfach von verschiedenen Autoren für diesen Akt empfohlenen Extraktoren und Handgriffe, worüber wir auf das Original verweisen. v. B. selbst besorgt in der Regel die Tubenextraktion durch Ziehen an dem an der Kanüle befestigten Faden.

Das bei Weitem wichtigste Intubationstrauma ist aber, wie gesagt, das Trauma bei liegendem Tubus oder mit anderen Worten die Decubitus erzeugende Wirkung der Kanülen, derjenige Übelstand des Verfahrens, der dessen schwächste Seite ist und ganz nie zu ver-

meiden sein wird. Die Häufigkeit der Decubitalgeschwüre in v. B.'s Material ergiebt sich aus folgenden Zahlen. Von August 1890 bis August 1900 wurden 1203 diphtheriekranke Kinder intubirt, von denen 704 gestorben sind. Von letzteren wurden 360 secirt, und zwar diejenigen, welche die Intubation etwas längere Zeit (zum Entstehen der Druckgeschwüre genügend) überlebt hatten. Dabei wurden in 156 Fällen dergleichen Geschwüre gefunden, d. h. in ca. 13% des Gesammtmateriales. Unter den 499 geheilten Fällen zeigten ferner 16 die Symptome tieferen Decubitus und kamen desshalb auch zur Sekundärtracheotomie. Rechnet man diese zu den anatomisch beobachteten Fällen, so ergiebt sich eine $14^1/_3$% betragende Gesammtfrequenz für Kanülendecubitus. Schaltet man aber von den Sektionsfällen die oberflächlich gebliebenen Schleimhauterosionen aus, so beträgt die Häufigkeit bedenklicherer Ulcerationen immerhin noch 5%. Die Lokalisirung dieser Geschwüre ist eine durchaus typische, nämlich an der Vorderwand der Luftwege, und zwar mit abnehmender Häufigkeit an der Luftröhre, dem Schildknorpel und endlich am Ringknorpel. Ihr Grad wechselt von leichter Schleimhautanscheuerung bis zu ergiebiger Knorpelentblößung und Perforation. Zu ihrem Zustandekommen kommen ätiologisch in Frage das Alter der Kranken (Prädisposition der jüngeren 1—2jährigen Kinder), die Qualität und Bauart der Kanülen, Dauer des Kanülentragens, endlich die individuelle Disposition des Pat., bezw. die Schwere der vorhandenen Diphtherie, unter Umständen auch Masern oder Scharlach etc. Ganz besonders wichtig ist natürlich die Beschaffenheit der Tuben, und hier ist hervorzuheben, dass v. B. die von Ermold in New York gelieferten »Ebonit-« (Hartgummi-) Tuben für die besten befunden hat. Von diesen ist dem Alter der Kranken angemessen die richtige Nummer auszuwählen. Was die Dauer des Liegenlassens der Kanüle betrifft, so ist v. B. nicht für eine generelle, möglichst abgekürzte Intubation (Écou villonage, Tubage écourté à repétitions, Tubage intermittent), sondern ist der klassischen »Tubage permanent« nach O'Dwyer treu geblieben. Er macht den ersten Extubationsversuch erst nach 48 Stunden; seit Einführung der Heilserumanwendung beträgt bei ihm die durchschnittliche Dauer des Kanülentragens 63 Stunden.

Das Vorhandensein leichterer Geschwüre braucht keine auffallenden Erscheinungen zu bewirken. Tiefere können sich durch Hustenreiz, Blutexpektoration und schwarze Flecke an Metalltuben verrathen. Ihr wichtigstes Symptom aber ist die Unmöglichkeit oder Erschwerung der Detubation. Dergleichen Fälle sind der sekundären Tracheotomie zu unterziehen, nach deren Ausführung aber ist bei liegender Trachealkanüle der Kehlkopf durch Intubationen wegsam zu erhalten oder zu machen. Doch ist v. B. entschieden gegen eine allzu freigebige und namentlich zu frühe Vornahme der Tracheotomie. Ein bestimmter Termin ist für sie nicht anzugeben, Verdacht auf Decubitus oder bloße Furcht vor ihm rechtfertigt sie nicht. Sie soll

nur bei zweifellosem Vorhandensein eines schweren Decubitus, namentlich bei bedeutender Zerstörung des Ringknorpels statthaft sein. Zunächst sind entweder dickere Tuben Behufs Beseitigung etwaiger Granulome durch Druck zu versuchen oder dünnere oder auch solche von kürzerer Form. Auch mit Adstringentien armirte Tuben haben genützt. Am schwersten ist die definitive Heilung derjenigen Fälle zu erreichen, in denen es zu narbigem Kehlkopfverschluss gekommen ist. v. B. hatte 8 derartige Kranke zu behandeln, von welchen 3 an accidenteller Katarrhalpneumonie starben. Die Krankengeschichten der übrigen werden ausführlich mitgetheilt. 2 wurden durch Tubage allein geheilt, Fall 3 nach 1maliger, Fall 4 nach 2maliger Laryngofissur. Fall 5 ist dieser Operation 4mal (!) unterzogen, und bei ihm der Kehlkopfweg theilweise hergestellt, so dass nicht ausgeschlossen ist, dass Pat. bei Verdeckung der Fistel noch phonationsfähig werden wird. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

11) **L. Harmer.** Untersuchungen über den Tonsillotomiebelag und seine etwaigen Beziehungen zum Diphtheriebacillus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 38.)

Die an einem Materiale von 31 Kranken angestellten histologischen und bakteriologischen Untersuchungen lassen sich kurz dahin zusammenfassen, dass nach jeder Tonsillotomie sich längstens innerhalb 24 Stunden an der Wundstelle ein Belag entwickelt, manchmal nur rudimentär, manchmal in Form von Membranen. Dieser Belag besteht aus Fibrin, Leukocyten und nekrotischen Partien der Wundfläche; auch finden sich darin in ziemlich großer Menge Bakterien, vorherrschend Streptokokken und Staphylokokken, doch auch andere Formen. Es ist wahrscheinlich, dass die Bakterien in ursächlicher Beziehung zu dem Belage stehen. Als Regel ist anzunehmen, dass der Diphtheriebacillus auch als zufälliger Befund in dem Belage nicht nachweisbar ist, jedenfalls kann er nicht als Ursache angenommen werden. Doch ist relativ häufig in dem Belage ein Bacillus nachzuweisen, welcher zur Gruppe der Pseudodiphtheriebacillen gerechnet werden muss.

Irgend eine Gefahr ist mit dem Tonsillotomiebelag in der Regel nicht verbunden, doch scheint es nicht rathsam, zu Zeiten einer größeren Diphtherieepidemie, namentlich bei Kindern, eine Tonsillotomie vorzunehmen, ohne entsprechende Vorsichtsmaßregeln zu ergreifen. **Hübener** (Dresden).

---

12) **F. Hartmann.** Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die unkomplicirten, traumatischen Rückenmarkserkrankungen.

(Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 1900. Bd. XIX.)

Aus der neurologisch-psychiatrischen Universitätsklinik zu Graz veröffentlicht H. in einer Arbeit von fast 100 Seiten 10 interessante

Fälle traumatischer Rückenmarkserkrankung, von denen er 8 als »unkomplicirte« schildert, d. h. als solche, welche nicht durch eine unmittelbare Wirbelsäulenverletzung komplicirt sind. Er wünscht diese getrennt zu sehen in unmittelbar traumatische, in welchen die Erkrankung des Rückenmarkes im sofortigen Anschlusse an das Trauma entstanden ist, und in mittelbar traumatische, bei welchen erst ein Trauma den Anstoß zur Entwicklung einer chronischen Rückenmarkserkrankung in späterer Folge giebt, und er rechnet zu letzterer Gruppe die Poliomyelitis anterior chronica (Erb), die Sklerose, Gliose, Sklerogliose und Syringomyelie traumatischen Ursprungs. Nach seiner Auffassung ist man zur Zeit nicht im Stande, aus dem klinischen Bilde einer Rückenmarkserkrankung nach Trauma auf ein bestimmtes pathologisch-anatomisches Substrat (Blutung, Nekrose, Entzündung etc.) zu schließen. Er unterscheidet die vorkommenden primären Degenerationen in lymphogene und ischämische.

Von pathologischen Veränderungen stellt er zusammen solche der Häute: Blutungen, narbige Schrumpfung, Meningitis adhaesiva; des Lymphapparates: Lymphstauung in den vorgebildeten Lymphräumen (perivaskulär, pericellulär, Centralkanal), Lympheinfiltration, lymphogene Degeneration (primäre Nekrosen von Schmaus), Hohlraumbildung; des Blutgefäßsystemes: Primäre und sekundäre Hämorrhagien, Hyperämien, Endothelwucherung oder blasige Quellung, Verwandlung der Adventitia in Keimgewebe mit regenerativer Funktion, Kapillarobliteration mit consecutiver ischämischer Degeneration, echte Periarteriitis und Arteriitis; des Gliagewebes: Mäßige Proliferation in der Umgebung von herdförmigen Erkrankungen, in den Randzonen und perivaskulär; des nervösen Gewebes: Primäre mechanische Zertrümmerung, lymphogene und ischämische Degeneration (primäre Nekrosen); Wurzelerkrankungen und Zellveränderungen oft auch weit entfernt von der Stelle der Einwirkung der Gewalt. H. fand, dass weitgehende Veränderungen — primäre — ohne accidentelle Blutungen hervorgerufen werden können.

Er sah trotz weitgehender Veränderungen aller Gewebsbestandtheile gerade die Glia am wenigsten an degenerativen und regenerativen Vorgängen sich betheiligen und glaubt desshalb, dass zur specifischen Erkrankung der Glia und ihrer pathologischen Wucherung doch noch andere auslösende Momente zu Trauma und Gefäßveränderungen hinzukommen müssen. Er hält die Möglichkeit der Entstehung disseminirter Herde im Rückenmarke nach traumatischer Einwirkung für möglich und ist der Ansicht, dass sich chronische Veränderungen nach kaum nennenswerthen Anfangssymptomen später durch deutliche klinische Krankheitszeichen äußern können.

Was die Krankengeschichten im Einzelnen betrifft, so ist zu bedauern, dass die Wirbelverletzungen nicht durchweg chirurgisch so beurtheilt sind, wie es dem gegenwärtigen Stande unserer diesbezüglichen Kenntnisse entspricht. Es kommt dies daher, dass nur neurologische Arbeiten Berücksichtigung gefunden haben, während

Verf. die größeren Arbeiten von Chirurgen (Thorburn, dessen Name stets falsch geschrieben wird, Kocher, Wagner und Roux) gar nicht gelesen hat. Auch ist der Diagnostik der Wirbelverletzung desshalb weniger Werth beigelegt, weil die Fälle, 2 ausgenommen, erst Monate nach dem Unfalle zur Beobachtung der Nervenärzte kamen.

Indem H. immer von Kontusion der Wirbelsäule spricht, wo typische Kompressionsfraktur (Fall I, II, VI) oder eine schwere Distorsion der Wirbelsäule (Fall IV u. A.) vorliegt, kommt er naturgemäß zu dem Schlusse, dass Rückenmarkserschütterungen sichtbare, selbständige Erkrankungen der Häute, der Leitungsbahnen, der nervösen zelligen Elemente, der Stützsubstanz, der Blut- und Lymphgefäße hervorrufen können.

Die Chirurgen werden wohl keinen seiner Fälle als »unkomplicirte Markverletzung«, als solche ansehen, welche ohne eine unmittelbare Wirbelsäulenverletzung auftraten. Sehen wir davon ab, so sind die klinischen und histologischen Mittheilungen als dankenswerthe Beiträge zu begrüßen. So hat H. 2mal Verdickungen und Verklebungen der Pia mit der Rückenmarksperipherie beobachtet, und zwar nicht nur am Orte der stärksten Markveränderung, sondern auch entfernt davon. Er hält diese Meningitis adhaesiva mit Schmaus (s. dessen neuestes Buch: Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarkes, 1901) für recht bedeutungsvoll. Die Verlegung des subpialen Lymphspaltes ist im Vereine mit den Veränderungen der intramedullären Lymphbahnen gewiss von großer Bedeutung für die Lebensfähigkeit der nervösen Elemente des Markes. H. spricht desshalb bezüglich isolirter Degenerationsherde von dreieckiger Gestalt, mit der Basis der Peripherie des Rückenmarkes aufsitzend, von »lymphogener traumatischer Degeneration«.

Andere unregelmäßige, nicht selten gegen die Rückenmarksperipherie von einer Zone normalen nervösen Gewebes begrenzte, fleckige Degenerationsherde bezeichnet er als »ischämische, traumatische Degeneration«, weil er dabei Gefäßerkrankungen fand.

Die durch einige Abbildungen unterstützte Beschreibung der histologischen Verhältnisse mehrerer Fälle muss im Originale eingesehen werden. **P. Stolper** (Breslau).

---

13) **H. Zuppinger.** Zur primären habituellen Dorsalskoliose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

Z. tritt der Theorie entgegen, dass bei der primären habituellen Dorsalskoliose die Achsendrehung der Wirbel das Primäre, die Deformität des Brustkorbes das Sekundäre sei. Die Skoliose dürfe nicht als isolirte Wirbelsäulendeformität aufgefasst werden, man müsse vielmehr den Gesammtbrustkorb, d. h. Brustbein, Rippen und Wirbelsäule als Ganzes in Betracht ziehen. Es wirke nun bei der primären habituellen Skoliose eine Kraft auf die vordere rechte Brustwand in der Richtung gegen den Schwerpunkt des Oberkörpers und erzeuge

hierbei folgende Veränderungen: 1) Abflachung der rechten vorderen Brustwand. 2) Später und weniger intensiv die beiden Rippenbuckel und eine Abflachung der linken hinteren Brustwand. 3) Hebung des Brustbeins mit Behinderung der Vorwärtsbewegung seines unteren Endes. 4) Drehung des Rumpfes nach links. 5) Verschiebung des Brustbeins nach links, mehr am unteren Ende. 6) Verschiebung des 7. Wirbels und seiner Nachbarn nach rechts. 7) Drehung des Brustbeines nach rechts. 8) Drehung des Wirbels nach rechts, wobei der Wirbelbogen zurückbleibt und der Wirbelkanal seinen rechten diagonalen Durchmesser verkürzt. — Von No. 2 an erfolgen alle Veränderungen gleichzeitig. Drehung und Verschiebung des Brustbeins und der Wirbel seien durch die Rippenabflachung zu erklären. Die auf die rechte Brustseite einwirkende Kraft selbst tritt dadurch in Aktion, dass das Schulkind beim Schreiben mit der vorderen rechten Brustwand gegen den Tisch anlehnt und bei fortschreitender Ermüdung die Last des Oberkörpers mehr und mehr auf die Tischkante aufruhen lässt.

Honsell (Tübingen).

---

14) **C. Beck** (New York). Allgemeines über den Kropf und seine Behandlung.

(New Yorker med. Monatsschrift 1900. No. 10.)

Nach einigen Bemerkungen über die Ätiologie und das Vorkommen des Kropfes kommt Verf. auf die Differentialdiagnose der verschiedenen Formen des Kropfes zu sprechen, die in Bezug auf die Behandlung von größter Bedeutung sei. Eine wesentliche Unterstützung dabei war ihm die Skiagraphie, mittels deren er wiederholt Verkalkungen innerhalb des Kropfes nachweisen konnte. In diesen Fällen tritt die Exstirpation in ihr Recht. Diese Kalkbildung tritt aber besonders auch bei den cystischen Formen des Kropfes ein. Es ist daher auch bei Cystenkropf von Einspritzungen wenig zu erwarten. Für diese eignen sich vielmehr die follikulären und colloïden Kropfformen. Verf. wendet seit langer Zeit Injektionen von Jodoformäther an. Abgesehen von vorübergehender intensiver Schmerzhaftigkeit und in seltenen Fällen von Schwindel hat er keine üblen Symptome danach bemerkt. Der Jodoformäther soll eine intensive fibrinöse Ausscheidung anregen, das Parenchym soll dadurch schrumpfen und an seine Stelle Bindegewebe treten. Der Schmerz wird geringer, wenn man unmittelbar nach der Einspritzung auf die Injektionsstelle den Finger drückt, wodurch ein Heraussträufeln des Äthers und Reizung des sensiblen Hautnerven verhütet wird. Ist die Reaktion eine geringe, so wird die Injektion nach 3 Tagen erneuert, sonst in längeren Pausen. Zur Verhütung von Gefäßverletzungen soll man die Geschwulst während des ganzen Einspritzungsaktes fest fixiren. Es werden stets etwa 20 Tropfen einer saturirten Jodoform-Ätherlösung injicirt. Größte Asepsis ist selbstverständlich. Verf. pinselt die Injektionsstelle stets vorher mit Jodtinktur ein, wie überhaupt bei jeder aseptischen Injektion oder Punktion. Mit dieser lokalen

Behandlung verbindet er eine allgemeine Behandlung mit Jodnatrium oder Jodothyrin, letzteres aber nur so lange, als keine Vergiftungserscheinungen, frequenter Puls, Zittern, Cyanose o. dgl. auftritt.

Zur Exstirpation bedient sich B. meist der Schleich'schen Infiltrationsmethode. Zum Schlusse berichtet Verf. über einen Fall von Kropf, der mit Addison'scher Krankheit kombinirt war. Es wurde zunächst die rechte Nebenniere, welche sich als tuberkulös erwies, durch Lendenschnitt entfernt, nachdem die bedeutende Vergrößerung und höckrige Beschaffenheit dieses Organs durch eine Laparotomie festgestellt war. Nachher wurde eine erfolgreiche Injektionsbehandlung des die Luftröhre komprimirenden Kropfes vorgenommen.

Der interessanten Arbeit ist die Abbildung eines weiblichen Kretins mit Kropf und großer Balggeschwulst beigegeben.

Tschmarke (Magdeburg).

Kleinere Mittheilungen.

15) **O. Lanz.** Leontiasis mit generalisirtem Fibroma molluscum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 580.)

L. berichtet über einen 55jährigen Kranken, der außer zahllosen Hautfibromen ein enormes, bis unter das Schlüsselbein hängendes, von der linken Stirn- und Scheitelgegend ausgehendes Fibroma molluscum trägt. Es handelt sich um eine riesige, hahnenkammartige Hauthyperplasie, die durch 4 photographische Aufnahmen des Pat. illustrirt ist. »Beim Aufheben der Schwellung sieht man auf deren Unterfläche die leere Augenhöhle. Der Bulbus kann nur schwer und sehr wenig sichtbar gemacht werden; er erscheint bei der Palpation von normaler Größe; der Nervus opticus ist im Stiele des Tumors als deutlicher Strang fühlbar.« Pat. ist durch Sturzgeburt zur Welt gekommen mit Aufschlagen der linken Kopfhälfte, und soll gleich nach der Geburt das linke Auge etwas größer und vorgetrieben gewesen sein. Die Schwellung begann im Alter von 9 Jahren am linken oberen Augenlide und hatte im 20. Jahre schon die Hälfte ihrer jetzigen Größe erreicht. Das linke Auge soll schon vor dem 9. Lebensjahre blind gewesen sein. Die übrigen multiplen Fibromknoten sollen erst innerhalb der letzten 8 Jahre entstanden sein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

16) **Gubler** (Turbenthal). Über einen Fall von akuter, maligner Akromegalie.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 24.)

Eine 30jährige Frau erkrankte zunächst unter influenzaartigen Erscheinungen, verlor ihre Menses; nach einem halben Jahre stellte man eine linksseitige Amblyopie fest, die sich bald besserte. Nach $1^1/_2$ Jahren erkrankte das andere Auge in gleicher Weise; man vermuthete Hysterie, bis allmählich eine Facialis- und Trigeminuslähmung und schließlich eigentliche akromegalische Symptome, ferner Kopfschmerz und Opticusatrophie rechts das typische Bild der Akromegalie ergaben, $2^1/_2$ Jahre nach der ersten Konsultation. Die Frau starb $3^1/_2$ Jahre nach Beginn der Erkrankung, und man fand an der Hirnbasis statt der Hypophysis eine gänseeigroße, weiche Geschwulst, die Hanau zusammenfassend folgendermaßen beschreibt: »Bei oberflächlicher Betrachtung, besonders mit schwacher Vergrößerung, könnte man den Tumor für ein kleinzelliges Rundzellensarkom halten mit Rücksicht auf Größe, Form und diffuse Anordnung der Zellen. Die genauere Betrachtung, welche die Zellen meist als polygonal und als mosaikartig an einander gelagert ausweist,

rechtfertigt die Ansicht, sie für epithelial anzusehen, und zwar als Abkömmlinge der kleinen normalen Hypophysenepithelien. Desshalb ist der Tumor als eine diffuse, geschwulstige Hyperplasie des Hirnanhanges, als eine Struma parenchymatosa hypophyseos zu bezeichnen.«

Hanau ist der Meinung, dass in jenen 6 Fällen, in denen man Sarkom der Hypophyse diagnosticirte, auch diese Struma vorgelegen hat. Er sieht die Verwechslung mit rundzelligem Sarkom desshalb als naheliegend an, weil die Geschwulstzellen sehr klein und desshalb ihre Epithelialnatur sehr schwer feststellbar ist. Demgemäß halten beide Autoren die Akromegalie nicht für ein Analogon des Myxödems, sondern des Morbus Basedowii, nicht für den Symptomenkomplex eines Ausfalls der physiologischen Funktionen der Hypophysis, sondern einer gesteigerten Funktion des Hirnanhanges. **P. Stolper** (Breslau).

17) **E. Redtlob.** Zwei Fälle von Encephalocystocelen. Ein Beitrag zur Anatomie und Diagnostik der Hernien des Centralnervensystems.

Diss., Straßburg, 1901. Mit 6 Abbildungen.

Die recht sorgfältige Arbeit aus der Madelung'schen Klinik giebt eine genaue anatomische Beschreibung zweier Fälle von Hirnbruch unter besonderer Berücksichtigung der Diagnostik mittels Röntgenstrahlen. Im 1. Falle handelt es sich um eine kindskopfgroße Geschwulst in der Gegend der kleinen Fontanelle bei einem Kinde, dessen Schwester ebenfalls einen Defekt im Schädeldache hatte und vollständig blödsinnig war. Es handelt sich um eine Encephalocystocele im Sinne Muscatello's, also um Austritt eines peripherischen Gehirnabschnittes durch eine Knochenöffnung von beschränkter Ausdehnung mit einem Hohlraume im Innern, der sich als Fortsetzung eines der Hirnventrikel erweist. Die beträchtliche Menge Hirnsubstanz war offenbar entstanden durch Weiterwuchern der ausgetretenen Hirnmasse. Auch die Plexus chorioidei waren ausgetreten und stark hypertrophisch. Dahingegen zeigte die Dura bereits innerhalb der Schädelkapsel Defekte, an der Bruchpforte aber eine Lücke. Die fibrösen Fäden gehen unmittelbar nach ihrem Austritte aus der Schädelkapsel in das lockere, blutreiche Gewebe über, das als Piagewebe angesprochen werden muss.

Im 2. Falle saß eine gänseeigroße Geschwulst am Hinterhaupt; sie stellte eine Kombination eines Hirnbruches mit einem Rückenmarksbruche dar. Das Primäre der Missbildung war offenbar eine defekte Bildung der Schädelknochen und der Halswirbel. Bezüglich der Beschreibung der anatomischen Verhältnisse im Einzelnen und der röntgenphotographischen Abbildungen sei auf das Original verwiesen.

Verf. schränkt die enthusiastische Empfehlung der Röntgendiagnostik durch Beck für diese Fälle etwas ein. Da man es immer mit schreienden, unruhigen Kindern zu thun habe, sei die photographische Aufnahme an sich recht erschwert. Immerhin gelang es auch in seinen Fällen, Schlüsse auf den Inhalt der Hirnbrüche und auf die Skelettverhältnisse zu machen, welche Fingerzeige für die Therapie ergeben. Wenn die nervöse Schicht nicht zu dünn ist, lässt sich die Entscheidung treffen, ob man es mit einer einfachen Encephalocele oder mit einer Hydroencephalocele zu thun hat. Ist diese Schicht nicht sehr dick, dann lässt uns auch die Skiagraphie im Stiche. **P. Stolper** (Breslau).

18) **A. Zajączkowski.** Ein Fall von Angioma cavernosum des Stirnbeines.

(Przegląd chirurgiczny Bd. IV. Hft. 3.)

Eine 38jährige Pat. wurde vor 6 Jahren wegen einer harten, hühnereigroßen, mit dem Stirnbeine fest verwachsenen Geschwulst oberhalb des Orbitalrandes operirt. Die Geschwulst wurde damals vom Stirnbeine unter heftiger Blutung weggemeißelt. Nach Jahresfrist begann sie von Neuem zu wachsen, wozu sich in der letzten Zeit heftige Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel gesellten. Bei der Aufnahme wurde folgender Zustand notirt: Unmittelbar über dem Augen-

brauenrande eine hühnereigroße, mit dem Knochen fest verwachsene Geschwulst. Die Haut darüber etwas verdünnt, bläulich durchschimmernd. Die Konsistenz der Geschwulst an der Peripherie knochenhart, im Centrum weich, mit deutlicher, mit dem Herzschlage synchronischer Pulsation. Diagnose: Angiosarkom. Bei der Operation (Krajewski) wurde die Haut in Lappenform abpräparirt und die Geschwulst mit dem Knochen in Scheibenform heraustrepanirt. Dabei wurde eine deutliche Impression des Stirnlappens durch die Geschwulst konstatirt, es musste auch ein Stück Dura in Folge Verwachsung mit der Geschwulst resecirt werden. Ein Ausläufer der letzteren nach dem Sinus frontalis wurde ebenfalls entfernt. Die ganze Wunde wurde mit dem Hautlappen bedeckt. Glatte Heilung. Mit der Zeit schwanden auch alle subjektiven Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Appetitmangel), und nur eine gewisse geistige Depression blieb zurück. Die anatomische Untersuchung der exstirpirten Geschwulst ergab das Vorhandensein eines kavernösen Angioms.

Trzebicky (Krakau).

19) **van Walsem.** Ein neues Operationsverfahren zur Eröffnung der Schädelhöhle zu pathologisch-anatomischen und chirurgischen Zwecken.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIII. p. 154.)

Das vom Verf. konstruirte »Kranioprion«, eine mit der Hand zu führende, mit verschiedenen Sicherungen (um die Dura nicht zu verletzen) versehene Blattsäge, dürfte sich wohl für chirurgische Zwecke nicht eignen, besonders da, auch nach des Verf. Ansicht, dies Instrument nur beim Ausschneiden sehr großer Knochenlappen (in erster Linie bei der Ausführung der Hemikraniotomie) Vortheile bietet. Außerdem ist die Säge nur an der Leiche erprobt.

Fertig (Göttingen).

20) **Büdinger.** Über den Verschluss von Defekten am Schädel durch Knochenheteroplastik.

(Demonstration in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 26. Oktober 1900.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 46.)

Demonstration des Schädeldaches eines Knaben, in welches B. 4 Jahre vor dem Tode des Pat. Scheiben aus dem Calcaneus einer alten Frau implantirt hatte, um Defekte nach tuberkulöser Pachymeningitis zu schließen. An den betreffenden beiden Stellen ist von der Innenseite des Schädels her kaum etwas Abnormes zu erkennen; erst bei genauem Zusehen verrathen zwei ganz flache Einsenkungen die Stelle der Operation. Sogar die Äste der Arteria meningea media haben sich ganz in der gewöhnlichen Weise ein Bett gegraben. An der Außenseite sind zwei flache, schüsselähnliche Gruben zu sehen, in deren vertiefter Mitte der Knochen etwa um die Hälfte verdünnt ist. Die peripheren Partien sind gleich dick wie der übrige Schädel, aber etwas höckerig. Ein dritter kleiner Defekt, der absichtlich nicht mit Knochenplatten gedeckt wurde, zeigte sich vor dem Tode anscheinend fast knöchern ausgefüllt, bei der Sektion erwies sich aber nach Maceration, dass er wohl um die Hälfte sich verkleinert hatte, dass aber der Rest des Verschlusses durch eine sehr derbe und straffe Gewebsmasse geschah.

B. tritt warm für die Verwendung derartiger heteroplastischer Knochenimplantation ein, die seiner Ansicht nach die Einheilung per primam nicht absolut fordert, da nach Barth die aus ihrer Kontinuität gelösten Knochen, die in der Art des demonstrirten Falles eingepflanzt werden, resorbirt und nur ihre organischen Bestandtheile zum Aufbau des neuen Knochens verwendet werden, also in demselben keinerlei Vitalität zu schützen ist.

Hübener (Dresden).

21) **Babinsky.** Stase papillaire guérie par la trépanation crânienne.

(Indépendance méd. 1901. No. 8.)

Einen Monat nach einem Sturze vom Rade auf das Hinterhaupt traten bei der 29jährigen Pat. heftige, seit 18 Monaten immer mehr zunehmende Kopf-

schmerzen und tägliches Erbrechen auf. Die Untersuchung des Augenhintergrundes (vor einem Jahre) ergab beiderseits Neuritis optica und Retinalblutungen; seit $^1/_2$ Jahre nahm das Sehvermögen rasch ab, zur Zeit bestand beiderseits sehr ausgeprägte Neuritis optica oedematosa. 14 Tage nach der von Gosset vorgenommenen Kraniotomie mit Bildung eines breiten Knochenlappens war die Papillenstauung geschwunden, Kopfschmerzen und Erbrechen sofort nach der Operation.

Mohr (Bielefeld).

22) **Hassler.** Balle de revolver d'ordonnance logée dans l'apophyse mastoïde etc.

(Indépendance méd. 1901. No. 6.)

Revolverschuss aus 1 m Distanz. Das Geschoss drang unterhalb des linken Auges ein, durchbohrte den Oberkiefer, frakturirte den Condylus des linken Unterkiefers, so wie den Gehörgang und blieb im Warzenfortsatze stecken. Circa 12 Stunden lang komatöser Zustand, Seh- und Hörvermögen linkerseits fast ganz erloschen, rechterseits das Hörvermögen herabgesetzt. Letzteres so wie das Sehvermögen kehrten bald zur Norm zurück, der Unterkiefer heilte mit normaler Funktion innerhalb von 3 Wochen. Dagegen blieb das Gehör linkerseits dauernd vernichtet, Gehörgang verengt, Trommelfell intakt. Wegen andauernder Otorrhoe Entfernung des Geschosses, worauf Heilung eintrat. **Mohr** (Bielefeld).

23) **Moure et Lafarelle.** Trépanation de l'apophyse mastoïde, méningite aiguë un mois après l'intervention.

(Indépendance méd. 1901. No. 5.)

Der Überschrift ist hinzuzufügen, dass der Tod an allgemeiner Meningitis erfolgte. Die Sektion ergab, dass eine vereiterte, aberrirende Mastoïdzelle in direkter Verbindung mit dem Sinus lateralis stand. Dieser war jedoch intakt. Die Infektion hatte also wohl auf dem Lymphwege stattgefunden. Die betreffende anatomische Abnormität scheint sehr selten zu sein. **Mohr** (Bielefeld).

24) **M. Lannois et G. Lévy.** L'audi-mutité.

(Ann. des malad. d'oreille, du larynx etc. T. XXVII. No. 1.)

Ein interessanter Beitrag zur Kenntnis jener Form von Stummheit, die, trotz vollkommen intakten Hörvermögens, bei im Übrigen physisch und psychisch normalen Kindern zuweilen beobachtet wird (kongenitale Aphasie Kussmaul's). Die Pat. lernen häufig, aber nicht immer, spontan oder unter geeigneter Behandlung im späteren Kindesalter noch sprechen.

Die Autoren bereichern die Kasuistik um 9 neue Fälle.

Hinsberg (Breslau).

25) **Barth** (Winterthur). Ein Fall von Exophthalmus pulsans.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 21.)

Nach Stich mit einem Heugabelzinken in die Augenhöhle — Einstich am inneren Augenwinkel — trat Protrusio bulbi bis 9 mm und ein lautes systolisches Zischen in der Umgebung des Auges im Laufe von etwa 6 Wochen ein. Die Unterbindung der Carotis communis hatte nur Besserung, keine volle Beseitigung dieser Symptome zur Folge. Experimentell stellte B. fest, dass man z. B. mit einer Stricknadel sehr leicht eine Stichverletzung der Carotis int. im Sinus cavernosus setzen kann; von der Größe des Instrumentes hängt es ab, ob der Nervus opticus mit verletzt wird oder nicht. **P. Stolper** (Breslau).

26) **A. Gabszewicz.** Ein Fall von spontanem Exophthalmus pulsans, geheilt durch Ligatur der A. carotis communis.

(Gaz. lekarska 1900. No. 1—9.)

Eine 30jährige, nie zuvor erheblich kranke Frau verspürte anlässlich eines Hustenanfalles ein heftiges Knacken im linken Auge, worauf sich Rauschen in

der linken Hälfte des Kopfes einstellte und der Augapfel immer stärker hervortrat. Die 5 Wochen später vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund: Starke Prominenz des linken Auges, Ektropium des unteren Lides, die Hornhaut von der ödematösen Bindehaut fast ganz verdeckt, Ptose des oberen Lides. Das Auge, etwas härter als gewöhnlich, auf Druck empfindlich, pulsirt sicht- und fühlbar, seine Bewegungen, namentlich die Außenrotation, beschränkt. Die Auskultation der linken Schädelhälfte ergiebt namentlich in der Nähe der Orbita deutlich hörbare systolische Geräusche. Seit 8 Tagen volle Amaurose des linken Auges. Die Untersuchung des Augengrundes ergiebt kolossale Erweiterung der Venen. Seit 2 Tagen heftige Kopfschmerzen und Erbrechen.

Verf. diagnosticirte Ruptur eines Aneurysma, nur konnte die Stelle der Ruptur nicht genau festgestellt werden. Nach Unterbindung der Carotis communis unterhalb der Theilung hörten die subjektiven Symptome und die Geräusche augenblicklich auf, und der Augapfel sank langsam in seine normale Lage zurück. Die Amaurose bestand weiter.

An die Krankheitsgeschichte schließt Verf. eine Besprechung der Pathologie des Leidens unter Zugrundelegung aller in der Litteratur bekannten einschlägigen Fälle. **Trzebicky** (Krakau).

27) V. David. Über Fremdkörper in der Nase.

Inaug.-Diss., Paris, 1900.

Eine kleine Monographie, die außer einer Zusammenstellung der ziemlich spärlichen Litteratur über diesen Gegenstand 3 eigene Beobachtungen bringt. Die erste betrifft eine Frau, die sich im Juni 1899 durch Fall auf einen Holzhaufen eine Nasenwunde zugezogen hatte. Die Wunde war nach 14 Tagen geheilt. Bald darauf entwickelten sich nach einander Melancholie, Reizbarkeit, ununterbrochener Kopfschmerz, Appetitlosigkeit und starke Abmagerung mit Schlaflosigkeit und Albdrücken. Schließlich trat stinkender Ausfluss aus dem einen Nasenloche hinzu und führte zur richtigen Diagnose und damit zur leichten Extraktion eines nur 1 cm langen Holzsplitters von Nadeldicke. Nach wenigen Tagen waren sämmtliche Symptome verschwunden.

Die zweite Beobachtung enthält nichts von allgemeinem Interesse; dagegen verdient die dritte Erwähnung: Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, der unter Erscheinungen erkrankte, die den lebhaften Verdacht auf Kroup erweckten, Kopfschmerz, Halsschmerz, Heiserkeit, Husten, leichtes Fieber. Eine leichte Blutung aus dem einen Nasenloche am 2. Krankheitstage führte auf die Diagnose. Nach Entfernung einer Glaskugel aus demselben erfolgte fast unmittelbar Befreiung von sämmtlichen beängstigenden Symptomen. **W. Schultz** (Kiel).

28) J. Szmurlo. Über die Behandlung der Ozaena mit Diphtherieserum.

(Medycyna 1900. No. 37 u. 38.)

Verf. hat in 5 Fällen von schwerer Ozaena Injektionen von Diphtherieserum versucht. Zu Anfang schien es, dass der Erfolg ein günstiger sei, da der Gestank fast vollständig aufhörte. Nach einiger Zeit kehrte er jedoch trotz weiterer Injektionen wieder, konnte überhaupt kein günstiger Einfluss der Therapie auf das Leiden konstatirt werden. **Trzebicky** (Krakau).

29) Meinhard Schmidt. Zur Kasuistik der Wirbelosteomyelitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 566.)

Ein 13jähriges Mädchen, dem am 20. August 1900 ein osteomyelitischer Abscess des rechten inneren Knöchels incidirt worden, erkrankt die nächsten Tage an heftigen Nackenschmerzen, gefolgt erst von schwerer Lähmung des rechten Armes, dann leichterer Lähmung sämmtlicher übrigen Extremitäten, so wie Sphinkterenparese an Blase und Mastdarm. Starke Druckempfindlichkeit der unteren Halswirbel, keine deutliche Schwellung, noch weniger Fluktuation, keine Schmerz-

haftigkeit bei Druck auf den Kopf, keine Sensibilitätsstörung. Am 26. August führt eine in der Mittellinie auf die unteren Halswirbel geführte Incision auf ein erbsengroßes, median gelegenes Loch im Wirbelkanale, aus dem sich reichlicher Eiter entleert. Zunahme des Eiterflusses bei Druck auf die rechtsseitigen Nackenstreckmuskeln. Vom Knochen nichts entfernt. Hiernach schwanden unmittelbar die Lähmungserscheinungen mit Ausnahme derjenigen am rechten Arme. Die letzteren, besonders die Schultermuskeln und die Ellbogenflexoren betreffend (also der kombinirten Erb'schen Plexuslähmung entsprechend), schwanden aber ebenfalls, wenn auch ungleich langsamer, so dass gegen Weihnachten Pat. wieder ganz Herrin ihrer Motilität war. Gleichzeitig war auch die Incision langsam, aber ohne Sequesterbildungen, ausgeheilt, mit normaler Wirbelsäulenform ohne Gibbus- und Osteophytenbildung. Übrigens wurde der Verlauf noch durch eine Anfang September beginnende osteomyelitische linksseitige Coxitis komplicirt.

Aus der epikritischen Durchsprechung des Falles sei angeführt, dass anscheinend die rechtsseitige Armlähmung als peripher anzusehen ist, beruhend auf einer Affektion des 5. und 6. Cervicalnerven, während die übrigen Lähmungen durch Markkompression seitens des Abscesses zu erklären sein werden. Wahrscheinlich hat der Eiter durch das 4. und 5. Intervertebralloch seinen Weg genommen und auf diesem Wege die Cervicalnerven krankhaft afficirt.

Aus der Hahn'schen Statistik der Wirbelosteomyelitis werden kurz 15 Fälle wiedergegeben, in denen Komplikationen an den nervösen Centralorganen notirt sind. Dieselben zeigen indess wenig Gemeinsames. Schließlich theilt S. noch einen Dr. Wiesinger gehörigen Fall mit, in dem bei einem 21jährigen Pat. eine allerdings mehr subakute Halswirbelentzündung verbunden mit Beinparaparese durch Incision, Laminektomie am 3. Halswirbel, gefolgt von nachträglicher Eiterentleerung aus dem Wirbelkanale, zur Heilung gebracht ist. (Selbstbericht.)

30) **Hartmann** (Graz). Über chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule.

(Jahrbücher für Psychiatrie u. Neurologie 1900.)

62jähriger Mann erkrankte vor 7 Jahren nach Durchnässungen bei der Berufsarbeit mit Schmerzen in den Hüft- und Lendengelenken, dann in der Hals- und Schultergegend, wozu sich Parästhesien an den Extremitäten und gürtelförmig am Brustkorbe gesellten. Weiterhin traten spastische Symptome und zunehmende motorische Schwäche an den unteren, später auch an den oberen Extremitäten auf. Eine langsam sich entwickelnde Kyphose im Brusttheile ging der vollkommenen Ankylose der Wirbelsäule voranf. Die hinteren Nacken- und Rückenmuskeln wurden deutlich atrophisch, zeigten herabgesetzte elektrische Erregbarkeit, keine Entartungsreaktion, derbe Rigidität. Fibrilläre Muskelzuckungen, etwas erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit, an den oberen Extremitäten gesteigerte, an den unteren abgeschwächte Sehnenreflexe, diskrete Hyperästhesien im Gebiete der vorderen Bauchwand und des Rückens für Schmerz- und Temperaturempfindung, Bewegungsstörungen in den Schulter- und Sprunggelenken vervollständigen das klinische Bild.

Ätiologisch misst Verf. neben den rheumatischen Einflüssen auch dem Trauma, mehrfachem Hinfallen auf den Rücken, eine gewisse Bedeutung bei; er sieht darin zum mindesten ein auslösendes, wenn nicht ein parallel gehendes Moment. Bezüglich der Muskelatrophien glaubt H., dass sie nicht lediglich trophischer Natur seien, auf mechanischer Läsion der motorischen Nervenwurzeln beruhend, dass auch entzündliche Affektionen der Muskulatur neben jenen und neben arthrogenen Einflüssen eine Rolle spielen. **P. Stolper** (Breslau).

31) **A. Starr.** Report of two cases of spinal tumor with operation and removal.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 3.)

S. hat 145 Fälle von Rückenmarksgeschwülsten gesammelt, bei 22 wurde operirt. Bericht über 2 eigene Fälle:

1) Frau, 35 Jahre, bisher gesund. Hyperästhesie der Herzgegend, des 1. bis 8. Rückenwirbels und entsprechender Interkostalnerven; linker Kniereflex gesteigert, Anästhesie der Beine und motorische Lähmung neben vasomotorischen Störungen. — Laminektomie. Pia ödematös, keine Pulsation, Mark stark verschmälert. Entfernung eines $1^1/_8$ Zoll langen Fibroms. Tod nach 4 Wochen in Folge großen Decubitus. Die Anästhesie hatte etwas nachgelassen. Autopsie ergab Markerweichung am Abgange des 2.—5. Dorsalnerven.

2) 46jährige Frau erkrankte nach Fehlgeburt an Schmerzen von der linken Hüfte bis zum Knie; später Schmerzanfälle und Peroneuslähmung, eben so Urinretention. Anästhesie am linken Ober- und Unterschenkel, eben so kleiner Bezirk rechts. Druckschmerzhaftigkeit über dem 3. und 4. Lendenwirbel. Entfernung der Bögen des 2.—4. Lendenwirbels, die von der Geschwulst — einem Endotheliom — erodirt waren. Die Wunde heilte. Bisher kein Rückfall, bedeutende Besserung bis auf Peroneusatrophie.

McCosh, Bailey und Sachs berichteten kurz über Fälle und Erfahrungen. Als wichtigsten Punkt betonten Alle die Lokalisation und stimmten überein, dass meist zu tief operirt würde. McCosh hält die Laminektomie für keinen besonders schweren Eingriff. **Trapp** (Bückeburg).

32) J. Pfannenstiel. Zur Diskussion über die Paraffineinspritzungen bei Incontinentia urinae nach Gersuny.

(Centralblatt für Gynäkologie 1901. No. 2.)

Verf. machte bei einer Pat., der er wegen Carcinoms die Harnröhre exstirpirt hatte, zur Beseitigung der Inkontinenz nach dem Vorschlage Gersuny's eine Einspritzung von ca. 30 g Paraffin. Unmittelbar nach der Injektion traten deutliche, gefahrdrohende Erscheinungen von Lungenembolie (und vielleicht auch von Hirnembolie) auf. Auch Kontinenz wurde nicht erzielt. Verf. weist auf den großen Venenreichthum der Gegend des Blasenhalses hin und warnt nachdrücklich vor weiteren Versuchen. **Brunner** (Zürich).

33) R. Bernhardt. 14 Jahre nach der Inokulation der Tuberkulose anlässlich der rituellen Beschneidung.

(Gaz. lekarska 1900. No. 32.)

Der Fall verdient schon aus dem Grunde ein besonderes Interesse, als die tuberkulöse Infektion durch den Mund des Beschneiders bereits 3 Wochen nach der Operation durch Dr. Elsenberg konstatirt wurde, und der Pat. volle 14 Jahre in dessen Beobachtung stand. Erbliche Belastung des Pat. konnte nicht nachgewiesen werden. Von dem Augenblicke des ersten Manifestwerdens des Leidens an war Pat., geringe Unterbrechungen abgerechnet, fast stets in Behandlung. Seit dem 4. Lebensjahre entwickelten sich tuberkulöse Symptome der Submaxillar- und Nackengegend mit ihrem gewöhnlichen Verlaufe. Von diesen Symptomen und der chronischen Eiterung der Leistendrüsen abgesehen, konnte aber während der ganzen Beobachtungsdauer kein weiteres Symptom der Generalisirung des Leidens nachgewiesen werden. Im Gegentheil, der 14jährige Knabe sah blühend und über sein Alter entwickelt aus. Der lokale Befund am Penis war folgender: die rechte Hälfte des Präputialrestes stark infiltrirt und in dem Infiltrate zahlreiche hanfkorngroße harte Knötchen fühlbar. An der Eichel zahlreiche bis linsengroße, harte, dunkelrothe Knötchen, z. Th. an der Spitze exulcerirt. Diese Geschwüre zeigen alle Symptome einer tuberkulösen Exulceration. Das Frenulum und die anstoßende Partie der Glans knorpelhart, ebenfalls von zahlreichen kleinen Knötchen besät. Das Orificium urethrae in Folge zahlreicher Knötchen und Geschwüre verengt. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der Knötchen bestätigte nach jeder Richtung hin die Diagnose der Tuberkulose.

Trzebicky (Krakau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Vrelag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. Sonnabend, den 18. Mai. 1901.

Inhalt: E. Payr, Zur Verwendung des Magnesiums für resorbirbare Darmknöpfe und andere chirurgisch-technische Zwecke. (Original-Mittheilung.)
1) **Fränkel,** Jodoform. — 2) **Seliger,** Chok. — 3) **Killian,** Ösophago- und Gastroskopie. — 4) **Elter,** Retrograde Sondirung. — 5) **Guidone,** Bauchwunden. — 6) **Krogius,** 7) **Lanz,** 8) **Dieulafoy,** Appendicitis. — 9) **Wells,** 10) **Galeazzi,** Radikaloperation von Hernien. — 11) **Zilocchi,** Netzplastik. — 12) **Ssapeshko,** Zur Magenchirurgie. — 13) **Rütimeyer,** Magencarcinom. — 14) **Petersen,** Gastroenterostomie. — 15) **de Bovis,** Dickdarmkrebs. — 16) **Hinterstoisser,** Darmvereinigung. — 17) **Terrier** und **Gosset,** Darmausschaltung. — 18) **Levy,** 19) **Stiassny,** Mastdarmresektion.
O. Langemak, Ein Gipsfenstersucher. (Original-Mittheilung.)
20) **Sebileau** und **Lombard,** Ösophagotomie. — 21) **Lennander,** Speiseröhrenpolyp. — 22) **Verdelet,** Bruchquetschung. — 23) **Kossobudzki,** Darmblutung nach Bruchreposition. — 24) **Odisio,** Tubenhernien. — 25) **Remedi,** Radikaloperation von Brüchen. — 26) **Hornborg,** Brüche der Linea alba. — 27) **Heiz** und **Bender,** Netztorsion. — 28) **Brunner,** Pyloruskrampf. — 29) **Raffa,** Enteroanastomose. — 30) **Seiler,** Magenresektion und Gastroenterostomie. — 31) **Majewski,** Zur Darmchirurgie. — 32) **Lennander,** Dilatation der Flexura sigmoidea. — 33) **Stierlin,** Proctitis haemorrhagica.
Berichtigung.

(Aus der k. k. chirurgischen Klinik des Herrn Hofrathes Prof. Dr. C. Nicoladoni in Graz.)

Zur Verwendung des Magnesiums für resorbirbare Darmknöpfe und andere chirurgisch-technische Zwecke.

Von

Dr. Erwin Payr,

Privatdocent für Chirurgie und Assistent obiger Klinik.

Ich habe in meinem Vortrage am vorjährigen Chirurgenkongresse über Verwendung eines resorbirbaren Metalles zur Blutgefäß- und Nervennaht[1] auch erwähnt, dass experimentelle Untersuchungen erweisen werden, ob sich das Magnesium in der Chirurgie des

[1] Beiträge zur Technik der Blutgefäß- und Nervennaht nebst Mittheilungen über die Verwendung eines resorbirbaren Metalles in der Chirurgie. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1900. 2. Theil, p. 593.

Magen-Darmkanals sich werde verwenden lassen. Ich hatte damals einige Versuche über die Resorption dieses Metalles im Magen-Darmkanale angestellt, doch waren dieselben noch zu keinem Abschlusse gekommen, da es für einen Bearbeiter unmöglich ist, auf einem so ausbildungsfähigen Gebiete alle in Frage kommenden Untersuchungen selbst anzustellen. In der sich an meinen Vortrag anschließenden Diskussion bemerkte Herr Chlumský[2], dass er von einem Chemiker in Breslau auf das Magnesium als ein für die Herstellung von resorbirbaren Darmknöpfen geeignetes Material aufmerksam gemacht wurde; er fand aber, dass sich dabei an den Metallstückchen scharfe Kanten, event. scharfe Splitter bilden, und meinte das Magnesium vorläufig zu diesem Zwecke noch nicht empfehlen zu können. Um so mehr freut es mich, dass Herr Chlumský[3] nunmehr seine Anschauungen über die Verwendbarkeit des Magnesiums für den Magen-Darmkanal geändert hat und jetzt durch Verwendung vollkommen reinen Magnesiummetalles, das völlig gleichmäßig resorbirt wird, Darmknöpfe konstruiren konnte, die seiner Anschauung nach völlig zweckentsprechend sind, und auch bereits Gelegenheit hatte, in einem Falle von Pyloruscarcinom mit einem solchen Magnesiumknopfe die Gastroenterostomie auszuführen[4].

Aber schon früher hatte mir Herr Chlumský[5] die Ehre erwiesen, das Magnesium für die Wiederherstellung der Beweglichkeit von Gelenken bei Ankylose experimentell zu versuchen, und berichtet über die Resorption desselben in ganz analoger Weise, wie ich in meinem Vortrage; ich hatte schon damals Magnesiumblechplatten als dazu geeignet erkannt, bei Gelenkplastiken die Wiedervereinigung der Gelenkflächen zu verhüten, und habe ich seither auch Gelegenheit gehabt, dies in einem Falle am Lebenden mit günstigem Erfolge zu erproben.

Ich bemerke im Anschlusse hieran, dass ich seit meiner ersten Publikation eine Reihe der damals gemachten Vorschläge praktisch erprobt habe; dass das Magnesiummetall die von mir gehegten Erwartungen vollauf erfüllt hat; dass in keinem Falle sich nachtheilige Folgen von der Verwendung dieses Metalles am

---

[2] Chlumský, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1900. p. 210 u. 211. Diskussion zu obigem Vortrage.

[3] Chlumský, Ein resorbirbarer Darmknopf aus Magnesium. Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 15. 13. April.

[4] Auf einen Umstand hat Herr Chlumský aufmerksam gemacht, der mir bei Verwendung resorbirbaren Metalles nicht unwesentlich zu sein scheint.

Bei einem solchen Knopfe bezweckt man nur die Verwachsung der Wundränder, nicht aber ihre Durchquetschung, und kann man daher bei denselben die Spiralfeder, wie sie ursprünglich dem Murphyknopfe zugehört, weglassen. Alles, was Feder ist, lässt sich aus Metallen, wie Magnesium, Aluminium etc., schwer herstellen. Dies habe ich vor einigen Jahren bei aus Aluminium hergestellten Murphyknöpfen gesehen. Sie lässt sich durch einen Gummiring ersetzen.

[5] Chlumský, Über die Wiederherstellung der Beweglichkeit des Gelenkes bei Ankylose. Centralblatt für Chirurgie 1900. No. 37. p. 921.

menschlichen Organismus gezeigt haben; und werde ich in einiger Zeit die weiteren im Thierexperimente und bei Operationen am Menschen gewonnenen Erfahrungen mittheilen. Ziemlich groß ist bereits die Zahl der mit feinsten Magnesiumhohlcylindern ausgeführten primären und sekundären Nervennähte. Für die Verwendung zur Gefäßnaht ergiebt sich begreiflicherweise nicht allzuhäufig Gelegenheit.

Insbesondere mache ich auf die Eignung dieses Materials zur Behandlung von Verletzungen parenchymatöser Organe aufmerksam, wo durch Verwendung von mit Katgut armirten Platten eine sehr exakte Blutstillung zu erzielen ist.

Sehr geeignet ist es ferner zur Herstellung von Stützapparaten bei Behandlung von irreponiblen Frakturen und Pseudarthrosen, wo es den von Rehn[6] empfohlenen Knochenstift für die Markhöhle in vortheilhafter Weise zu ersetzen im Stande ist; der Katgutfaden, der nach Rehn's Vorschlag durch den quer durch Knochen und Stift gebohrten Kanal gelegt werden soll, kann zweckmäßigerweise durch einen Magnesiumstift ersetzt werden.

Es ergaben sich außerdem zahlreiche weitere Verwendungsarten für dieses Material.

Ich habe mir erlaubt, an dieser Stelle einige Worte über den Stand der Magnesiumverwendung in der chirurgischen Technik zu sagen, da ich an der Entwicklung dieser Frage auch einen Antheil zu haben glaube.

Graz, im April 1901.

---

1) **A. Fränkel** (Wien). Über Jodoformwirkung und Jodoformersatz.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 47.)

Die Feststellung der specifischen Wirkung des Jodoforms auf die Gewebe wurde bisher zumeist aus der vergleichenden Untersuchung der histologischen Bilder jodoformirter und nicht jodoformirter Wunden und Organe abgeleitet. F. schlug den Weg einer vergleichenden Untersuchung von histologischen Befunden ein, wie sie einerseits durch das Jodoform, andererseits durch Anwendung chemisch indifferenter, pulverförmiger Substanzen (Lindenkohlepulver, Knochenkohle, Semen Lycopodii) sich darbieten. Es wurde Meerschweinchen in der Lendengegend ein etwa haselnussgroßer Muskeldefekt beigebracht, in diesen Jodoform, resp. die verschiedenen Pulver, steril und nicht steril, eingestreut und die Wunde darüber verschlossen.

Die histologische Beobachtung lässt die Gewebsvorgänge im Allgemeinen als Wundheilungsvorgänge unter Mitwirkung von Fremdkörperreizungen bezeichnen. Die Jodoformbilder zeigen eine

[6] Rehn, siehe Rothschild, Über die operative Behandlung irreponibler Frakturen. Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXIX. p. 245.

fast völlige Analogie mit jenen, die durch nicht sterilisirte Pulver erzielt wurden, nämlich bei gleichzeitiger reichlicher Bindegewebsneubildung das Auftreten fibrinös-eitriger Exsudate, so wie körnigen Zerfall an den Kernen der Leukocyten.

Im Gegensatze dazu erfolgen die Heilungsvorgänge bei Gegenwart steriler indifferenter Pulver unter sehr geringer Exsudation zelliger Elemente. Das fibrinöse Exsudat ist unvergleichlich spärlicher. Es waltet hier eine Proliferation der praeexistirenden Gewebszellen vor, demnach auch in relativ frühen Stadien eine blande Narbenbildung. Nach diesen Ergebnissen entfällt nach F. von selbst die Annahme einer specifischen Beeinflussung der Gewebe durch das Jodoform. Es kann ihm lediglich die allen anderen nicht aseptischen Pulvern zukommende Wirkung der exsudativen und fibroplastischen Gewebsreizung durch Fremdkörpereinheilung (Riesenzellen) zugesprochen werden. Die Annahme, dass die durch das Jodoform hervorgerufenen Gewebsveränderungen durch Zersetzung desselben auftreten, ist nach F. durchaus nicht zwingend; diese Erscheinungen sollen auf den Einfluss der mit dem Jodoform und den nicht sterilisirten Pulvern gleichzeitig eingebrachten Bakterien zurückzuführen sein.

Durch Übertragung dieser experimentell und histologisch gewonnenen Erfahrungen auf die chirurgische Praxis lag es nahe, in Fällen von Tuberkulose an Stelle des Jodoforms eins der indifferenten vorher sterilisirten Pulver in Anwendung zu ziehen. Nach den Erfahrungen über Anthrakosis pulmonum und das außerordentlich seltene gleichzeitige Vorhandensein von Tuberkulose (Aufrecht) wählte F. eine 10%ige Glycerinemulsion vom Carbo ossium purissimus pulverisatus so wie als Ersatz der Jodoformgaze eine eben so zubereitete Knochenkohlegaze und verwendete beide Substanzen in einer Reihe von 21 Fällen, über die er genauere Daten giebt.

In keinem der Fälle, deren Mehrzahl nach der Billroth'schen Methode operirt wurden, habe er den Ersatz des Jodoforms durch Knochenkohle irgend wie zu bereuen gehabt. Unangenehm ist die schwarz-bläuliche Pigmentirung der Narben, die namentlich beim Gebrauche der Kohlegaze eintritt und bei Affektionen des Gesichts besondere Vorsicht erheischt. **Hübener** (Dresden).

---

2) **P. Seliger.** Über den Chok, namentlich nach Kontusionen des Bauches.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 29—52.)

Mit der vorliegenden sehr eingehenden Studie bezweckt S. im Wesentlichen, das Gebiet des traumatischen Choks noch mehr einzuengen, als dies schon von mehrfacher Seite geschehen ist. Es ist besonders die peritoneale Sepsis, die vielfach übersehen und als Chok gedeutet worden ist. Nach einer eingehenden kritischen Würdigung der Arbeiten von Gröningen, Wernich, Sommerbrodt, Mantzel,

Wegener u. A. bespricht S. die Symptomatologie des Choks, verweist auf seine Analogie und Unterschiede mit der Commotio cerebri und betont die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Chok, innerer Verblutung und peritonealer Sepsis. Schon O. Küstner (ref. im Centralblatte 1900, p. 1341) wies darauf hin, dass bei der »bakteriologischen« Sektion häufiger Sepsis gefunden werden würde, als bisher. Für das Zustandekommen der letzteren verweist S. auf die neueren Arbeiten über Darmkontusionen, die den Durchtritt von Bakterien durch die Darmwand ermöglichen. Dabei kann es schnell zum Tode durch septische Peritonitis kommen, ohne dass sich bei der Sektion anatomische Veränderungen finden, weil eine tödlich wirkende Resorption von Bakterien und Toxinen stattfand, ehe es zu nachweisbaren Veränderungen des Bauchfelles kam. — In solchen Fällen kann man den Chok als konkurrirende Todesursache auffassen. Von reinem Choktod darf nach S. nur dann gesprochen werden, wenn derselbe innerhalb der ersten 2 Stunden nach dem Trauma eintritt; in allen anderen Fällen ist außerdem auch Sepsis anzunehmen.

Die nach Magenkontusionen häufig beschriebenen Fälle von Chok sind nach F. meist auf Kontusionen des Quercolon zurückzuführen, nach denen es zu peritonealer Sepsis kam; wirkliche, anatomisch nachweisbare Magenverletzungen seien äußerst selten gefunden.

Zum Schlusse bespricht S. dann noch die chokähnlich verlaufenden Fälle von sog. Mors thymica, Ileus und Koprostase bei Herzkranken. — S.'s Arbeit enthält viele beachtenswerthe Gedanken, erschwert aber durch Mangel an Disposition und Zusammenfassung der Resultate das Studium derselben sehr erheblich.

Jaffé (Hamburg).

---

3) **G. Killian.** Zur Geschichte der Ösophago- und Gastroskopie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 499.)

K. führt den Nachweis, dass der Erste, welcher Speiseröhre und Magen mittels ungebogener Röhren besichtigt hat, Kussmaul gewesen ist. Er hat dies theils durch Mittheilungen eines früheren Schülers Kussmaul's, Herrn Medicinalrath Müller aus Kenzingen, theils durch briefliche Erkundigungen bei Kussmaul selbst festgestellt. Nachdem dieser unter Benutzung des Désormaux'schen Beleuchtungsapparates mittels kürzerer Röhren bereits die Beaugenscheinigung der oberen Speiseröhrentheile in Anwendung gebracht hatte, wurde er durch die Schaustellungen eines in Freiburg sich producirenden »Schwertfressers« dazu angeregt, die Einführung auch längerer Instrumente in die Speiseröhre zu versuchen, was ganz gut gelang. Eine Notiz aus dem Jahre 1871 in einem französischen Journale erwähnt diese Versuche, über die Kussmaul selbst nichts veröffentlicht hat. Im Mai 1880 erschien J. Leiter aus Wien in Freiburg, um Kussmaul seine endoskopischen Instrumente vorzulegen,

unter denen sich auch das von ihm mit Nitze zusammen konstruirte Speiseröhren- Magen-Endoskop befand. Dasselbe bestand aus einem biegsamen Schlundrohre mit rechtwinklig angesetztem starren Rohre, an dem die komplicirten Mechanismen angebracht waren. Kussmaul glaubt damals Leiter von seinen Untersuchungen mittels gerader Röhren in Kenntnis gesetzt zu haben. Letzterer konstruirte dann bekanntlich mit v. Mikulicz zusammen sein ebenfalls eine gerade Kanüle benutzendes Gastroskop, hat aber nicht mitgetheilt, dass er die Brauchbarkeit gerader Instrumente von Kussmaul gelernt hat. In einem Zusatze zu K.'s Arbeit theilt Prof. E. Rose mit, dass Kussmaul jenen Schwertschlucker mit seinen Röhren damals auch nach der Züricher Klinik gesandt habe. Derselbe ließ dort die Gastroskopie an sich demonstriren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **J. Elter.** Zur retrograden Sondirung des Ösophagus bei Ätzstrikturen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

E. erörtert die verschiedenen Methoden der retrograden Bougirung von Ösophagusstrikturen und berichtet anschließend über einen Fall der Garrè'schen Klinik (8jähriges Mädchen), bei welchem eine durch Natronlauge entstandene, von oben her impermeable Ätzstriktur nach Gastrostomie mittels retrograder Sondirung ohne Ende nach v. Hacker und Anwendung des v. Eiselsberg'schen konischen Drains erfolgreich erweitert worden war. An einem zweiten mitgetheilten Falle wird gezeigt, dass unter Umständen vor der Gastrostomie undurchgängige Strikturen nach derselben plötzlich durchgängig werden können. Wo Dehnung der Striktur vom Munde aus gelingt, ist, wie Verf. wohl mit Recht betont, die retrograde Bougirung das schonendste Verfahren. Nur wo beide Methoden nicht zum Ziele führen, ist die Ösophagotomia externa angezeigt. Die Ösophagotomia interna sollte womöglich ganz vermieden werden.

Honsell (Tübingen).

---

5) **P. Guidone.** Ferite addominali e moderno trattamento. (Studio clinico-sperimentale con 3 incisioni intercalate nel testo.)

Neapel, **Salvati,** 1900. 133 S.

Nach einer allgemeinen Einleitung geht G. auf das chirurgische Vorgehen bei penetrirenden Stichverletzungen des Bauches ein und bespricht sodann des eingehenderen die Wunden von Zwerchfell und Leber. Bezüglich der Operationstechnik räth G., die Peritonealwunde an der Einstichstelle des verletzenden Instrumentes zu erweitern, um vor Allem von dort aus die Eingeweide zu durchmustern. Fernerhin stellte er fest, dass die penetrirenden Wunden der Regio mesogastrica mit Vorfall des Netzes gewöhnlich nicht mit einer Verletzung der

Eingeweide komplicirt seien. Die Zwerchfellwunden können transpleural (**Postempsky**) angegriffen werden; für solche der Leberkonvexität hingegen schlägt G. ein eigenes an der Leiche erprobtes Verfahren vor. Er bildet einen Weichtheil-Knorpellappen durch einen Schnitt, der einwärts der Mammillarlinie vom 7. Rippenknorpel vertikal nach abwärts bis zum Rippenbogen verläuft, dann rechtwinklig umbiegt und im 10. Interkostalraume in der mittleren Axillarlinie endet. Weder Rippen- noch Zwerchfell würden so verletzt, die Konvexität und Konkavität der Leber hingegen, so wie Lig. hepatoduodenale, Gallenblase etc. gut zugänglich gemacht. Bei der medianen Laparotomie resecirt G., um sich Platz zu schaffen, mitunter noch den Schwertfortsatz. Den Schluss der Arbeit bilden 29 zum Theil recht interessante Operationsberichte (9 Darmverletzungen, 4 Magen- und mehrere Leber- und Milzverletzungen). Trotzdem vielfach Darminhalt in den Peritonealraum gelangte, verzeichnet G. nur 5 Todesfälle, die meist komplicirte Verletzungen betrafen. (Ein reiches Litteraturverzeichnis ist beigefügt.) **A. Most** (Breslau).

---

6) **A. Krogius.** Über die vom Processus vermiformis ausgehende diffuse eitrige Peritonitis und ihre chirurgische Behandlung.

Jena, **G. Fischer,** 1901. 240 S.

Vor Kurzem erschien in neuer Auflage die **Sonnenburg**'sche Monographie über die Perityphlitis, die in umfassender Weise das Gebiet dieser Erkrankung behandelt. Mit der gefährlichsten Komplikation der Appendicitis — der diffusen Peritonitis — beschäftigt sich vorliegende Arbeit; während aber **Sonnenburg** diese letztere Frage nach seinen rein subjektiven Anschauungen und Erfahrungen behandelt, hat sich K. der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, die Gesammtlitteratur bei der Bearbeitung dieses Kapitels zu verwerthen, ja wo möglich jeden auf diesem Gebiete erfahreneren Autor in ausführlicher Weise zu citiren, so dass wir einen sehr guten, ausführlichen Überblick über den Stand der Frage erhalten.

K. knüpft seine Darstellung an 50 selbst beobachtete und behandelte Fälle, bei denen er, was die Resultate betrifft, bei Weitem günstigere Erfolge zu verzeichnen hat, als es bisher der Fall war. In der Litteratur fand er 680 Fälle von Perforationsperitonitis in Folge von Perityphlitis, von diesen wurden 194 = 28,5% durch operative Eingriffe geheilt. In den letzten $3^1/_2$ Jahren operirte K. 30 Pat. und erzielte 9 = 30% Heilungen, wobei 13 Fälle auf die Privatpraxis fielen (denen also früher ärztliche Hilfe zu Theil wurde); von letzteren 13 Fällen wurden 6 = 46% gerettet.

In der operativen Behandlung nimmt er keinen einseitigen Standpunkt ein, er erkennt die Vortheile der einzelnen Operationsmethoden an. Er selbst wählt meist zwei Laparotomieschnitte am rechten und

linken lateralen Rectusrand. Im Hinblick auf die Schwierigkeit, das Exsudat aus dem kleinen Becken durch die Bauchwunde herauszubefördern, hält er es für empfehlenswerth, bei Frauen stets eine Gegenöffnung durch das hintere Scheidengewölbe anzulegen; bei Männern hat er in zwei Fällen den Mastdarm primär perforirt, bevorzugt aber neuerdings eine parasacrale Gegenöffnung, event. eine solche in der Lendengegend. Auf Ausspülungen des Bauchfells hat er stets verzichtet, weil er nicht glaubt, durch dieselben etwas ausrichten zu können. Für die Drainage erscheint ihm der Mikulicz-Tampon zweckmäßiger als Drainröhren. 50 sehr gut geführte und durch zahlreiche Temperaturkurven illustrirte Krankengeschichten lassen die Einzelheiten seiner Behandlung erkennen; bemerkenswerth ist, worauf K. auch im Text besonders aufmerksam macht, dass bei drohenden resp. ausgebrochenen Peritonitiden die Mastdarmtemperatur nicht mehr das gewöhnliche Verhältnis zur Achselhöhlentemperatur zeigt; er hat unter seinen Fällen derartige, bei denen die Temperatur in der Achselhöhle annähernd normal war, während sie im Mastdarme sich auf 40° belief.

Die Arbeit behandelt nicht nur die Peritonitis bei Perityphlitis, sondern enthält eigentlich die Grundprincipien der Behandlung jeder Perforationsperitonitis. **H. Wagner** (Breslau).

---

7) **Lanz** (Bern). Die Indikationen zur operativen Behandlung der Perityphlitis.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. No. 1.)

Mit 24 aus den Jahren 1899 und 1900 stammenden guten Krankengeschichten und eben so vielen außerordentlich instruktiven bunten Abbildungen exstirpirter Wurmfortsätze begründet L. seinen radikalen Standpunkt bezüglich der chirurgischen Behandlung der Appendicitis. Er fasst seine Erfahrungen, wie folgt, zusammen: Die rationelle Therapie der Appendicitis wäre unbedingt die sofortige Entfernung des Wurmfortsatzes in den ersten Stadien der Erkrankung, am 1. Tage des ersten Anfalls. Dies wird im Allgemeinen ein frommer Wunsch bleiben. Jedenfalls aber ist jedem Perityphlitispat. der Rath zu geben, seinen Wurmfortsatz im kalten Stadium entfernen zu lassen. Kann er sich dazu nicht entschließen, so soll er sich bei einem nächsten Anfalle auf den nächsten Zug setzen, um das Versäumte in den ersten Stunden der Erkrankung nachzuholen. Wird der Arzt, wie gewöhnlich, erst am 2., 3. Tage der Erkrankung konsultirt, so sollte er stets eine Temperatur- und Pulstabelle anlegen zum Zwecke genaueren Überblicks des Verlaufes; ist er selbst oder sind die Angehörigen dazu nicht in der Lage, so gehört Pat. ins Spital, falls der Transport gewagt werden darf. In den nun folgenden Tagen, bis zur Lokalisation des Processes, ist ein operativer Eingriff im Allgemeinen durchaus abzulehnen; in diesem intermediären Stadium ist die Defensive weniger verantwortungsvoll als die Offensive.

Eben so bleibt im dritten Stadium der Etablirung eines Exsudats die Therapie im Allgemeinen eine symptomatische: Man überlässt das Exsudat der Resorption und operirt nachher à froid.

Nimmt aber das Exsudat im weiteren Verlaufe zu, geht das Fieber nicht zurück, kommt es zu Frösten, sieht Pat. verfallen aus, oder tritt gar ein neues Aufflackern des Processes ein, so muss der Abscess eröffnet werden. Zu einer Radikaloperation kommt es dabei nur ausnahmsweise, jedenfalls darf der Wurmfortsatz nicht in entzündetem, unsicherem Terrain gesucht werden. Auch zu einer Radikaloperation wenige Tage nach der Nothoperation, wie dies Kocher vorgeschlagen hat, soll man sich nicht entschließen, weil ein solches Vorgehen nicht ungefährlich erscheint. Auch soll man den Wurmfortsatz nicht wegnehmen, so lange noch von einer Abscessincision her die geringste Unsicherheit der Asepsis durch die geringste noch granulirende Stelle gegeben ist.

Die glücklicherweise nicht sehr häufigen zu rascher Septhämie führenden Fälle bei akuter Gangrän des Wurmfortsatzes werden nach wie vor verloren sein, es werde denn der Fortsatz im Initialstadium entfernt. Bei beginnender allgemeiner Peritonitis verspricht sich L. von einem chirurgischen Eingriffe wenig Erfolg, aber noch weniger von der exspektativen Behandlung. **P. Stolper** (Breslau).

---

8) **Dieulafoy.** Vomito negro appendiculaire; gastrite ulcéreuse hémorrhagique appendiculaire.

(Bull. de l'acad. de. méd. de Paris 65. Ann. 3. Ser. No. 6—8.)

Diese Mittheilungen sind eine wesentliche Vervollständigung der in No. 12 p. 334 d. Centralbl. referirten besonders dadurch, dass von D. gelegentlich eines Falles von Vomito negro nach eingeklemmtem Bruche die Veränderungen am Magen durch Sektion festgestellt werden konnten. Es war dies eine kleine hämorrhagische (infektiöse?) Nekrose von etwa Linsengröße, in deren Grund es zur Korrosion einer kleinen Arterie gekommen war. Es folgen noch einige Beobachtungen von Kirmisson, Charlot.

Als Therapie empfielt D. absolute Diät, Eisblase, Iufusionen.

Die anschließende Diskussion, obgleich vom Thema weit abgehend, enthält einige beachtenswerthe Betrachtungen Lucas-Championnière's, die ihre Wiedergabe rechtfertigen.

Seine Therapie des Vomito negro sind alkalische Magenwaschungen, um die enorm sauren Blutgerinnsel zu entfernen, und gleichfalls Infusionen; ihm ist in einem Falle (Appendicitis und Schwangerschaft) Heilung gelungen.

Sodann kommt Lucas-Championnière auf die zweifellos steigende Häufigkeit der Appendicitis, ihre Ursachen und ihre Prophylaxe zu sprechen. Er kann nicht zugestehen, dass die geringere Zahl früherer Beobachtungen lediglich durch diagnostische Irrthümer auf-

gewogen würde. Er hat in 16 Jahren bis 1897 — als Anhänger frühzeitiger Eröffnung — 34 Darmbeinabscesse gespalten, in den 2 Jahren 1898 und 1899 aber 19; das würde entsprechend für 16 Jahre 152 ausmachen; in den 34 Fällen könnten sogar einige rein puerperale Abscesse begriffen sein.

Die Häufigkeit scheint gesteigert seit dem Neuauftauchen der Influenza 1890; doch dürften auch vermehrte Gastrointestinalkatarrhe, zum Theil in Folge geradezu übermäßig vermehrter Fleisch-, zurückgedrängter Pflanzenkost anzuschuldigen sein, eben so endlich die Vermehrung der Adnexerkrankungen, da die Lymphbahnen des Wurmfortsatzes mit dem Genital- und Darmapparate in Verbindung stehen.

Lucas-Championnière bedauert das Nachlassen einer früheren Gepflogenheit, der regelmäßigen Purgirung. Auch bei Darminfektionen sollten Abführmittel vorwiegend verwendet werden.

Selbst bei florider Appendicitis hat er Vortheil gesehen von Ricinus, womit er natürlich diese nicht heilen wolle; das könne nur die frühzeitige Operation.

Die Zunahme der Appendixerkrankungen hebt auch Kelsch hervor und macht epidemiologische Einflüsse geltend; er bringt sie in Parallele mit anderen Infektionskrankheiten — Pest, Cholera, Typhus, Meningitis cerebrospinalis — welche eben solches fluktuirendes Anwachsen zeigen, und erinnert an Arbeiten Tripier's und Paviot's, so wie Letulle's, nach denen die Möglichkeit allgemeiner Infektion mit Lokalisation im follikelreichen Processus zu erwägen sei.

Christel (Metz).

---

9) **T. H. Wells.** An intraperitoneal method for radical cure of inguinal hernia.

(Lancet 1901. Februar 2).

Verf. beschreibt eine von Symonds ausgeübte Methode zur Radikalbehandlung von Leistenbrüchen.

Hautschnitt ca. 6 cm lang in der Linea semilunaris, über dem äußeren Leistenringe endigend mit Durchtrennung der Fascien; Freilegung des Leistenringes; Vertiefung der oberen 4 cm des Schnittes durch Muskeln, Fascia transversa und subperitoneales Fett hindurch, und nach sorgfältiger Blutstillung Eröffnung der Bauchhöhle. Dann wird ein Finger durch die Öffnung hindurch in die Bauchhöhle eingeführt und gelangt nach abwärts durch den inneren Leistenring hindurch in den Bruchsack, der vollkommen und sorgfältig abgetastet wird, etwaiger Bruchinhalt zurückgeschoben; Verwachsungen geringeren Grades sind zu lösen. Dann wird nach Entleerung des Bruchsackes, während der ersteingeführte Finger noch innen ist und als Leiter gebraucht wird, eine Art Hakenzange längs der inneren Hand- und Fingerfläche eingeführt, die Spitze des Bruchsackes gefasst, derselbe hervorgestülpt und in den oberen Wundwinkel gebracht. Nachdem dann die Bruchsackblätter zur Verödung der Höhle durch einige Nähte zusammengenäht sind, wird der Bruchsack sorgfältig mit dem

Bauchfell vernäht und die Bauchhöhle darüber geschlossen. Die Pfeiler des Leistenringes werden zusammengebracht und vernäht; eben so darüber schichtweise Muskeln und Haut.

Als Vortheile der Methode werden genannt, dass die Operation sich schnell ausführen lasse, vor allem der Bruchsack gleich gefunden ist, der Bruchsackhals hoch oben obliterirt, der eingestülpte Bruchsack die Bildung einer festen Narbe erleichtert, die Untersuchung des Bruchsackes und seines Inhaltes leicht möglich ist, die Schnittführung vielfache Methoden, den Leistenkanal und äußeren Leistenring zu schließen, gestattet. **F. Kraemer** (Berlin).

---

10) **R. Galeazzi** (Turin). J risultati definitivi nella cura operativa dell' ernia inguinale.

(Clinica chirurgica 1899. No. 7.)

G. hat sich der ungeheuren Mühe unterzogen, die Resultate von 1400 Radikaloperationen wegen freier Leistenbrüche bei Männern, ausgeführt an der Klinik Carle von 1889—1899, einer exakten persönlichen Nachprüfung zu unterziehen. Die Ergebnisse dieser Arbeit, deren Schwierigkeiten sehr anschaulich geschildert sind (cf. die ähnliche Mittheilung von Abel in Leipzig. Ref.) sind sehr lehrreich.

Vorausgeschickt sind die Principien, von denen G. sich leiten ließ: Es handelte sich ihm um die Ätiologie der Recidive im weitesten Sinne. Desswegen schied er vor Allem eine Gruppe von 335 Fällen aus, welche vor längstens 2 Jahren operirt worden waren, da bis zum Ablaufe dieser Zeit erfahrungsgemäß 73% der Recidive entstehen, bezw. augenfällig werden. 2 Fälle starben im Spitale an accidentellen, mit der Operation nicht zusammenhängenden Erkrankungen, so dass G. die Mortalität mit 0% berechnet. Die ausgeführten Operationen folgten dem Vorschlage Bassini's in 1120, der »3. Modifikation« Kocher's in 280 Fällen.

Von den 1065 berücksichtigten Fällen wurden 525 (50%) von G. selbst revidirt, 315 (30%) von anderen Ärzten nachuntersucht, in Summa 840 (80%). Von diesen waren länger als 2 Jahre vollständig geheilt 792 (94,29%), 48 (5,71%) hatten Recidive, unter welchen auch »inkomplete Heilung«, »Tendenz zu Recidiv« rangiren.

Diese 48 Fälle sind nach folgenden Gesichtspunkten geordnet:

1) Alter und Profession: Im ersten Lebensdecennium 1,5%, im zweiten 4,2%, im dritten 6,9%, im vierten 7,8%, Ältere 5% Recidive; schwer Arbeitende und Arme, die sofort nach der Entlassung arbeiten mussten.

2) Zustand der Bauchdecken: Größeres Fettpolster unter der Haut begünstigt die Recidive, Fettzunahme koincidirt in manchen Fällen mit dem Eintritte der Recidive. Die Narben in mageren Bauchdecken sind zarter und viel widerstandsfähiger. In Bezug auf die Entwicklung der Muskulatur ergiebt sich, dass in Bauchdecken mit schwächlicher Muskulatur und Fascien absolut mehr Recidive

vorkommen und hierbei auf die Methode Bassini 3,95%, Kocher 6,04% entfallen.

3) Kombination mit anderen Brüchen (auch bilaterale): Von 192 solchen Operationen recidivirten 15 (7,8%).

4) Arten der Hernien: Dieses Kapitel widmet G. zuerst der Untersuchung, ob angeborene Brüche eher zu Recidiven disponiren. Für diesen Theil konnten nur 252 Fälle verwerthet werden, von denen 66 unzweifelhaft angeboren waren. Diese Zahlen sind zu klein für ein abschließendes Urtheil. — Sodann konstatirt Verf., dass von 195 »direkten«Hernien, nach Bassini operirt, 7 (3,5%), von 62 nach Kocher operirten 4 (6,4%) recidivirten. — Die nächste Gruppe ist die der »bruchsacklosen« Hernien, 17 an der Zahl; hier waren 58% definitiver Heilung. 10mal war die Blase im Bruche enthalten. 4 Fälle sind dauernd geheilt, 5 bedeutend gebessert. Interessant ist auch ein hier angeführter Obduktionsbefund, 3 Jahre nach einer gelungenen Radikaloperation (Bassini): »una vera ricostitutione fisiologica della regione«. Recidive nach eigenen und fremden Operationen wurde 48mal operirt mit 90% Heilungen und 10% neuerlicher Bruchbildung (sämmtlich nach Bassini).

5) Größe des Bruches: Diese Untersuchungen beziehen sich nur auf Brüche von mehr als Doppelfaustgröße, da für kleinere aus vielen Mittheilungen die guten Resultate und die verschwindende Zahl von Recidiven bekannt sind. Für manche dieser Fälle hat Carle eine Modifikation der Bassini'schen Methode angegeben, identisch der von Duplay-Cazin. Auf 246 Operationen großer Hernien entfielen 28 (11,1%).

6) Die Wundheilung: Von allen 1400 Operationen sind p. p. i. 1271 (90,86%), p. s. i. 128 (9,14%) geheilt. (In manchen Perioden [so 1893—1898] stellte sich die letztere Gruppe auf nur 3,9%.) Von diesen letzteren recidivirten 10 (8,2%) von den p. p. i. geheilten 38.

7) Was endlich die Methode betrifft, entfallen auf

Bassini	601 Operationen,	565 Heilungen,	36 Recidive	(5,99%)
Kocher	239 »	227 »	12 »	(5,02%)

Einige vereinzelte Beobachtungen (Varicocelen, Hodenatrophie) sowie eine Zusammenstellung anderer kleinerer Statistiken beschließen die Arbeit.

J. Sternberg (Wien).

---

11) J. Zilocchi (Parma). La plastica dell' omento nelle operazioni sullo stomaco e sull' intestino.

(Clinica chir. 1901. No. 1).

Z. hat die Versuche von Tietze, Braun u. A. über Plastik mit Netzpartien wiederholt. Es wurden verschiedene Öffnungen am Magen und Dünndarm angelegt, dann Resektionen an diesen Organen, zumeist an denselben Versuchsthieren, ausgeführt, ganz schwache Nähte, einreihig, locker, angelegt und schließlich Netz in größerer oder geringerer Ausdehnung darüber befestigt. — Die Resultate berechtigen zu folgenden Schlüssen: 1) Die Überdeckung von Perfora-

tionen des Verdauungskanals mittels Netztheilen ist möglich. 2) Die gesetzten Öffnungen verkleinern sich in Folge der Schrumpfung der transplantirten Netzpartien. 3) Diese Deckung bietet absolute Garantie auch für schwache Nähte. 4) Die Lichtung des Verdauungskanals wird nicht verengert, weil die Wundränder nicht eingeschlagen werden. 5) An der Innenseite wird das Netz vom Epithel der Schleimhaut überzogen. 6) Das Netz und die Serosa wandeln sich in Bindegewebe um.

J. Sternberg (Wien).

---

12) **K. M. Ssapeshko.** Zur Magenchirurgie. Das Magengeschwür und seine Komplikationen. Die Y-Gastroenterostomie bei geschwüriger und krebsiger Pylorusstenose.

(Annalen der russischen Chirurgie 1900. Hft. 6 u. 1901. Hft. 1.)

Die Pylorusstenose kommt unter den Dorfbewohnern Russlands nicht selten vor. S. sah sie unter 6—8000 poliklinischen Kranken 82mal. Für die Diagnose sind wichtig: Die sichtbaren peristaltischen Bewegungen des Magens im Beginne der Krankheit; die Palpation nach Obrastzow (am liegenden Pat. macht man mit 4 Fingern der rechten Hand rasche tangentiale streichelnde Bewegungen von oben nach unten und hält damit momentan inne in der Höhe, wo man die große Kurvatur vermuthet; das Manöver erzeugt ein plätscherndes Geräusch und wird dann weiter unten wiederholt, bis es kein Plätschern mehr hervorruft; hier ist die untere Grenze des Magens). Unter 100 untersuchten Fällen fand S. 10mal die große Kurvatur an der Symphyse. Dann die Tastung der Geschwulst, die aber unmöglich wird, wenn letztere hoch oben fixirt ist. Hilft die Palpation nicht, so bläst S. den Magen nach Roux durch eine Sonde auf. Endlich kommt als wichtiges diagnostisches Zeichen die Hyperacidität des Magensaftes. — Von seinen 100 Pat. fand S. nur bei 10 Krebs, in allen übrigen Fällen handelte es sich um Magengeschwür. Verf. rechnet, dass in Russland wohl 1 Million an Magengeschwür leidet, das aber beim jetzigen Stande der Medicin unerkannt bleibt. — Dann sucht S. die Ursache der Ptose des Magens bei Pylorusstenose und des Rückflusses der Galle bei der vorderen Gastroenterostomie zu erklären und spricht sich für die Y-Gastroenterostomie nach Roux als das beste Verfahren aus. In einem Falle machte er die Y-Gastroenterostomia antecolica und verlor seinen Pat., da der zuführende Darm durch das Gekröse verengt wurde, eben so wie das Colon transversum. Daher macht er jetzt immer die Y-Gastroenterostomia retrocolica. Nach der Operation kontrahirt sich der Magen und schwindet der Überfluss an HCl, ferner schwinden die Schmerzen und das Erbrechen. Doch kehren die Symptome in manchen Fällen wieder. S. machte daher bei 3 Pat. eine zweite Operation und fand, dass erstens die Anastomosenöffnung nicht groß genug angelegt war und zweitens die fortlaufende Seidennaht der Schleimhaut durch den beständigen Reiz des Fadens zu narbiger Stenose der neuen

Öffnung führte. Daher macht er jetzt die Anastomose recht groß, durchschneidet den Dünndarm schräg und legt eine Knopfnaht an. In den 3 erwähnten Fällen machte er an der engen Anastomose eine Art Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz. — Eine weitere Ursache der Magenschmerzen sind die peritonealen Verwachsungen des Magens: auch hier wirkt die Operation nach Roux Wunder. Weiter bringt S. 2 Krankengeschichten von Pylorospasmen; 1 Pat. wurde mit Erfolg operirt. Von Geschwürsperforationen bringt S. 3 Fälle; 2mal entwickelten sich subdiaphragmatische Abscesse (beide Fälle †). Verf. verlangt eine genauere Untersuchung des Perforationsmechanismus in jedem einzelnen Falle und besonders der Anfangssymptome, der subjektiven sowohl wie der objektiven. — Für den Verlauf nach der Operation sind wichtig der Grad des vorhandenen Marasmus und die diätetische Nachbehandlung. S. sah einen 2mal operirten Fall, wo in Folge eines chronischen Lungenprocesses mehrere Mal der Marasmus wuchs; jedes Mal wuchs dann auch das Geschwür und traten Blutungen auf, bis der Magen vollständig perforirt wurde. — Sehr oft entwickelt sich auf dem Grunde des Geschwürs später ein Carcinom; in solchen Fällen kommt es leicht vor, dass man von mehrjähriger Heilung eines Carcinoms spricht, das aber zuerst gar nicht vorhanden war. — Die fesselnd geschriebene Arbeit wird durch viele Krankengeschichten illustrirt. Zum Schlusse bringt S. folgende statistische Angaben: Er hat 21 Gastroenterostomien gemacht und 3 wiederholte, im Ganzen also 24, von denen 2 nach der Operation tödlich endeten (8,3% Mortalität). Das beweist, dass die hintere Y-Gastroenterostomie keine allzu schwere Operationsmethode ist, wie Manche meinen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow.).

---

13) **Rütimeyer** (Basel). Zum klinischen Verhalten des Magencarcinoms.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 21 u. 22).

An einem Materiale von 86 Carcinomen des Magenkörpers oder des Pylorustheiles hat Verf. genaue Erhebungen über den Befund freier Salzsäure und über die diagnostische Bedeutung des Milchsäurenachweises angestellt. Die Bestimmungen der Totalacidität wurden durch Titrirung mit Phenolphthalein, diejenige der freien Salzsäure meist nach Töpfer ausgeführt am filtrirten Magensaft nach Probefrühstück, dem wiederum eine Magenausspülung voraus ging. Die Milchsäurebestimmungen geschahen mit verdünnter Lösung von Liquor ferri sesquichlor. und wurden als beweisend angesehen, wenn eine kräftige und deutliche grüngelbliche Farbenreaktion auftrat, während alle anderen gelben Nüancen als zweifelhaft oder negativ betrachtet wurden. Die Diagnose Carcinom stützte sich stets entweder auf Autopsie bei der Operation, auf die Obduktion oder auf das Vorhandensein einer tastbaren Geschwulst.

R. fand bei sicheren Fällen von Magencarcinom

keine freie Salzsäure in 84%
freie Salzsäure in . . . 16%
Milchsäure in 87%
lange Bacillen in . . . 80%.

Bei mehreren Fällen konnte bei längerer Spitalbeobachtung der Befund freier Salzsäure bis zum Verschwinden derselben und zum starken Auftreten von Milchsäure verfolgt werden. Ein Fall lehrt deutlich, wie die Gastroenterostomie ein wirklich gutes und für relativ lange Zeit bleibendes Resultat ergeben kann. Die Pat. war noch $2^1/_2$ Jahre nach der Operation bei gutem Allgemeinenbefinden. Die Anacidität für Salzsäure bestand fort.

Auch wenn kein Anhalt dafür vorhanden ist, dass ein Carcinom auf der Basis eines Geschwürs entstanden ist, und auch wenn die Neubildung schon groß ist, kann freie Salzsäure gefunden werden.

Oppler's Satz: »wenn bei beginnendem Pyloruscarcinom auch freie Salzsäure vorhanden ist, so findet nie Milchsäureproduktion statt, noch finden sich fadenbildende Bacillen«, kann R. nicht bestätigen.

Des Weiteren berichtet B. über drei Fälle von Magencarcinom im jugendlichen Alter, nämlich im Alter von 14 bezw. 19 und 23 Jahren. Der Fall im 14. Lebensjahre betraf einen Knaben, die beiden anderen junge Mädchen.

P. Stolper (Breslau).

---

14) **W. Petersen.** Anatomische und chirurgische Beiträge zur Gastroenterostomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

Verf. weist darauf hin, dass eine richtig ausgeführte Gastroenterostomia posterior retrocolica sicher gegen die gefürchtetste Komplikation der Magen-Darmanastomose, die Rückstauung, schützt. Nach seinen anatomischen, durch vorzügliche Schemata illustrirten Untersuchungen liegt schon bei normalen Verhältnissen der tiefste Magenpunkt höher als die Plica duodenojejunalis. Bei Dilatation des Magens wird diese Höhendifferenz noch erheblich größer. Gewöhnlich wird das ganze Duodenum vom Magen verdeckt, das Jejunum verläuft in seinem Anfangstheile noch eine ziemliche Strecke weit hinter dem Magen. Wenn man nun die hintere Gastrostomie so anlegen will, dass die Organe ihre physiologische Lage möglichst beibehalten, so darf man den zuführenden Schenkel nur so lang nehmen, als die Entfernung von Plica bis Anastomose beträgt, d. h. durchschnittlich 3—10 cm. Der zuführende Schenkel verläuft dann von selbst von oben nach unten. Es giebt keinen rechten und keinen linken Darmschenkel mehr, sondern nur einen oberen und einen unteren, und somit fällt jeder Grund zu einer Spornbildung weg. Anerkanntermaßen ist aber die Spornbildung die Hauptursache der Regurgitation. — Die Kürze der Schlinge, auf welche auch v. Hacker selbst Gewicht legt, ist also ein sehr wesentlicher Bestandtheil der

Gastroenterostomia retrocolica. In der Czerny'schen Klinik, in welcher diesem Principe entsprechend 215 hintere Gastroenterostomien ausgeführt wurden, kam eine ernstliche Rückstauung nie zur Beobachtung.

Honsell (Tübingen).

---

15) **R. de Bovis** (Reims). Le cancer du gros intestin. Rectum excepté.

(Revue de chir. 1900. No. 6—8, 10—12.)

Die sehr ausführliche Abhandlung verwerthet 426 aus der Litteratur gesammelte, bezw. 3 eigene und 14 dem Verf. von verschiedenen Chirurgen zur Veröffentlichung überlassene Fälle von bösartiger Neubildung des Dickdarmes, in denen irgend ein chirurgischer Eingriff vorgenommen worden war. Aus dem außerordentlich reichen Inhalte der das Thema nach allen Richtungen erschöpfenden Arbeit können hier nur einige praktisch wichtigere Ergebnisse wiedergegeben werden, die sich auf den Werth und die Resultate chirurgischer Behandlung beziehen, aber auch die auf Grund des großen Materials erörterten übrigen Fragen bezüglich der Häufigkeit des Leidens, des Vorkommens in verschiedenen Lebensaltern, des Auftretens intestinaler Obstruktion und Occlusion etc. werden das Interesse des Lesers der Abhandlung erwecken.

Unter den 426 Fällen finden sich 101 durch Enterostomie behandelte mit einer Sterblichkeit von 38,6%. Noch ungünstiger ist das Resultat bei den Fällen, in denen bereits schwere Darmverschlusserscheinungen bestanden hatten; von 53 derartigen Pat. erlagen 24 dem operativen Eingriffe (47%). Bemerkenswerth ist ferner die höhere Sterblichkeitsziffer bei Männern (44,8%) im Vergleiche zu der bei Frauen (32,6%). Die Überlebenden gingen durchschnittlich nach 10,1 Monaten und 21,6 Monaten nach Auftreten der ersten Krankheitssymptome zu Grunde.

Auch bei der Enteroanastomose ergab sich eine fast gleiche Sterblichkeitsziffer (37,5%), die auch hier bei den operirten Männern etwas größer war; die Lebensdauer derjenigen, welche die Enteroanastomose glücklich überstanden hatten, betrug nur 6,4 Monate. Anscheinend verliefen die Fälle, bei denen die Naht angelegt worden, besser, als die mit dem Murphyknopfe behandelten; doch ist die Zahl der letzteren zu klein, um daraus bündige Schlüsse ziehen zu können.

Die Enterektomie und Darmnaht ist in 171 Fällen — 31,5% † — ausgeführt worden; von den operirten Männern erlagen der Darmresektion 39,1, von den Frauen 22,3%, von den mit Darmnaht behandelten 19% (7,8% in Folge von Nahtinsufficienz) gegenüber 24% bei Anwendung des Murphyknopfes. Angeschlossene Drainage verbesserte die Resultate (19,1% Mortalität), hinterließ indess häufig Fisteln. Die Geheilten lebten durchschnittlich noch 19,3 Monate.

Die weiteren Zusammenstellungen der Fälle von Resektion mit Anlegung eines Kunstafters (38 Fälle, 36,8 †), von Enterektomie in

mehreren Zeiten (36 Fälle, 16,6% †), von sehr komplicirten Enterektomien (28 Fälle, 46,4% †) etc. führen, mit der vorhergehenden Statistik der Enterektomien, zu einer allgemeinen Sterblichkeitsziffer dieser Operation von 38,4%, so dass also für die zuerst erwähnten palliativen Behandlungsmethoden und für die radikale der Procentsatz der Todesfälle nach der Operation als der gleiche angenommen werden könnte, wenn überhaupt ein derartiger Vergleich bei der Verschiedenheit der Indikationen dieser 3 Operationskategorien zulässig wäre.

Mit der Feststellung der Anzeigen für die verschiedenen Methoden und der Schilderung des operativen Vorgehens bei denselben beschäftigt sich der Schlusstheil der Arbeit, der neben einem sehr genauen Litteraturverzeichnisse auch noch die bisher nicht veröffentlichten Krankengeschichten operirter Fälle bietet.

Kramer (Glogau).

---

16) **Hinterstoisser** (Teschen). Beiträge zur Technik der Darmvereinigung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 45.)

H. hat das vorzügliche Doyen'sche Verfahren des blinden Darmverschlusses als zu komplicirt gefunden und geht derart vor, dass er das mit starkem Seidenfaden nach anatomischem Vorbilde abgebundene Darmende durch eine im Abstande von 1/2—1 cm übergelegte fortlaufende Lembert'sche Naht ohne weitere Stumpfbehandlung versenkt.

Hübener (Dresden).

---

17) **Terrier** et **Gosset.** De l'exclusion de l'intestin.

(Revue de chir. 1900. No. 8, 11, 12.)

Die in Frankreich noch wenig bekannte und selten ausgeführte Darmausschaltung findet in der vorliegenden Abhandlung eine sorgfältige Besprechung, zu der ein von T. operirter Fall — beiderseitige Darmausschaltung mit Verschluss des proximalen Endes und lateraler Enteroanastomose wegen Krebs des Dünndarmes; Tod am 7. Tage — Veranlassung gegeben hat. Im Ganzen sind in der Arbeit 52 Fälle dieser Operation verwerthet; von denselben erlagen 8 (15,38%) dem Eingriffe. 25mal wurde wegen Kothfistel, bezw. künstlichen Afters die Darmausschaltung vorgenommen (2 †); in 10 der Fälle heilte die Fistel, in 4 wurde die sekundäre Darmresektion nothwendig, in den übrigen blieb eine sehr wenig secernirende Fistel zurück. Von den 10 Fällen von Darmausschaltung wegen Tuberkulose des Blinddarmes (2 p. op., 1 nach 2 Monaten †) sind 3 vollständig, 1 nach Resektion und 3 mit Fisteln geheilt. Die übrigen betrafen Darmausschaltungen wegen eines mechanischen Hindernisses (Neubildung); in einigen derselben wurde später die Exstirpation des ausgeschalteten Darmstückes möglich, in anderen eine Rückbildung der entzündlichen Geschwulst wahrgenommen. 13 der Fälle kamen zur Heilung.

Was den Werth der verschiedenen Methoden der Darmausschaltung betrifft, so halten Verff., nachdem die mit Verschluss beider Enden des ausgeschalteten Darmes heut zu Tage nicht mehr in Betracht kommt, die einseitige Darmausschaltung, bei der der Darm nur oberhalb der kranken Stelle durchtrennt und eine seitliche Enteroanastomose angelegt wird, bei Darmtuberkulose nicht für erlaubt, weil die tuberkulösen Sekrete den abführenden Darm inficiren würden. Bei diesem Leiden, wie bei Kothfisteln erscheint ihnen die beiderseitige Darmausschaltung mit Verschluss des einen und Fixation des anderen Darmendes in der Bauchwunde allein am Platze; für die übrigen Fälle möchten sie der einseitigen den Vorzug geben. **Kramer** (Glogau).

---

18) **Levy.** Über Resektion des Mastdarmes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 19.)

Verf. führt quer über das Kreuzbein in der Höhe, in der es durchsägt werden soll; einen flachen Bogenschnitt, der nur Haut und Fascie durchtrennt. Mit dem stumpfen Skalpellstiele werden die Fasern der beiden großen Gesäßmuskeln aus einander geschoben, bis die Ränder des Kreuzbeines mit ihren beiderseitigen ligamentösen Fortsätzen freiliegen. Dicht unterhalb der 4. Kreuzbeinlöcher wird nun das Kreuzbein quer durchsägt, nachdem vorher seine ligamentösen Fortsätze in gleicher Richtung durchschnitten wurden. Auf diese Art gelingt es, den Darm schnell und ohne sonderlichen Blutverlust freizulegen. Der untere Wundrand sammt der Schnittfläche des Kreuzbeines wird nach Bedeckung mit steriler Gaze mit starken scharfen Haken gegen den After gezogen. Sodann wird die Isolirung und Resektion des Darmes vorgenommen. Die Schließmuskeln des Darmes mit ihren Nerven und Insertionen bleiben unversehrt, worin der Vortheil der Methode liegt. **Gold** (Bielitz).

---

19) **S. Stiassny.** Über plastische Nachoperationen nach Resectio recti.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

Wie S. an der Hand von 6 Fällen mittheilt, sind an der Heidelberger Klinik zum Verschlusse der nach Resectio recti zurückgebliebenen sacralen Fisteln folgende Methoden in Anwendung gekommen: 1) Plastik mit Brückenlappen. Dieselbe kann mit einem Hautstreifen an der Operationsseite oder durch Brücken aus beiden Nates gebildet werden (2 Fälle). 2) Plastik mit gestielten Lappen (3 Fälle). Da ihre Ernährung schwieriger ist, so ist auch die Anheilung unsicherer als bei Brückenlappen, andererseits sind sie aber leichter beweglich. 3) Plastik par glissement (1 Fall). Die Fistel wird umschnitten, die Incision nach oben und unten verlängert und auf den oberen Wundwinkel ein nach rechts ziehender, 3 cm langer Quer-

schnitt aufgesetzt. Der so gebildete Lappen wird über den Mastdarm herübergezogen. 4) Etagennaht (1 Fall). Auch hierdurch kommt eine möglichst exakte Deckung der Nahtlinie unter Vermeidung todter Räume zu Stande. **Honsell** (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Rostock. Geh.-Rath Garrè.)

Ein Gipsfenstersucher

Von

Dr. **O. Langemak.**

Wohl Jeder, der viel Gipsverbände machen muss, hat erfahren, wie leicht man beim Einschneiden eines Gipsfensters vom Wege abweicht und in Folge dessen ein größeres Fenster anlegen muss, als ursprünglich beabsichtigt war, wodurch häufig die Festigkeit des Gipsverbandes leidet. Hat man das Metermaß zu Hilfe genommen, kann man häufig den Abstand des zu schneidenden Fensters von einem fixen Punkte, nicht aber die Lage desselben in der betreffenden Ebene immer genau bestimmen. Außerdem sind die Maße nicht ganz zuverlässig, da nach Anlegung des Verbandes die Kontouren des fixen Punktes (z. B. die Spitze eines Malleolus) oft verstrichen sind.

Mancher hat wohl seine Zuflucht zu einer Korkscheibe genommen, durch die er sich die Stelle des Gipsfensters markirte, vielleicht auch noch durch diese eine Nadel oder einen plattköpfigen Nagel gesteckt zur besseren Orientirung. Diese primitive Methode erfüllt häufig ihren Zweck, doch hat der Kork den Nachtheil, dass er sich nicht gut den Konfigurationen der Knochen und Gelenke anschmiegt,

Fig. 1.

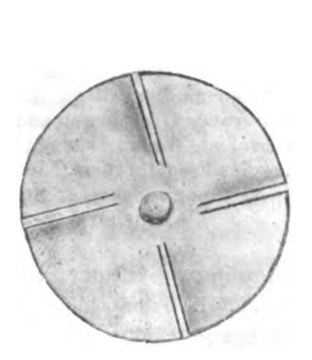
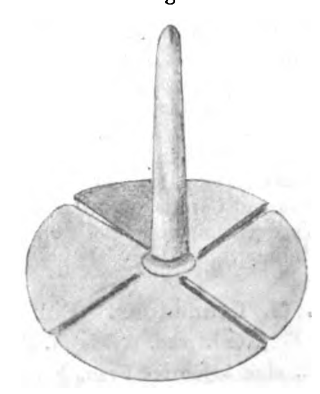


Fig. 2.



nicht gut sterilisirbar ist und, falls ein Nagel oder eine Nadel durch ihn gesteckt ist, beim Anlegen des Verbandes den Operateur verletzen kann. Ich habe desshalb einen Gipsfenstersucher aus Kupfer herstellen lassen, den ich kurz beschreiben möchte.

Eine kreisrunde Kupferplatte etwa von der Dicke eines Fünfzigpfennigstückes und einem Durchmesser von 3,5 cm bildet die Fußplatte. In ihr befinden sich 4 Einschnitte von 2 mm Breite, die sich nicht in einem Punkte in ihrer Verlängerung schneiden und in einem Abstande von 3 mm von einer centralen Öffnung enden, in die ein nach oben hin konisch zulaufender Stift eingelassen ist. Die

Einschnitte — siehe Zeichnung 1, welche die Platte von unten gesehen zeigt, — theilen die Fußplatte in 4 Blätter, welche sich leicht nach unten und oben biegen lassen und es ermöglichen, den Fenstersucher allen Formen der Knochen und Weichtheile anzupassen. Der centrale Stift ist 3 cm lang, seine Dicke geht aus der Zeichnung hervor (Fig. 2); er besteht aus Messing.

Absichtlich habe ich die Einschnitte in die Fußplatte so gewählt, wie Fig. 1 illustrirt, um den Blättern einen breiteren Stiel zu geben und sie dadurch für das Biegen widerstandsfähiger zu machen.

Der Fenstersucher hat den Vortheil, wie jedes andere metallene Instrument ausgekocht werden zu können, wegen seiner kupfernen Fußplatte adaptionsfähig zu sein und wegen der konisch zugespitzten, aber doch stumpfen Spitze des Stiftes keine Verletzungen zu setzen.

Über den Stift lassen sich Gazestücke und Gipsbinden leicht überstreifen. man kann also den Fenstersucher direkt der Wunde aufsetzen, auch ohne ein Gaze- oder Salbenläppchen unter ihn zu legen, und sowohl den sterilen Wundverband, wie den Gipsverband ohne Rücksicht auf ihn anlegen. Zweckmäßig wird es freilich sein, wenn man den Anfangs durch eine Fingerspitze leicht fixirbaren Fenstersucher zunächst durch einige am Stifte vorbeigewickelte, nur über die Fußplatte geführte Touren befestigt; dann hält er sich selbst und bedarf keiner weiteren Beachtung. — Der aus dem Verbande hervorsehende Stift ermöglicht ein schnelles und sicheres Aufsuchen der Wunde und das Ausschneiden des Fensters.

Der Fenstersucher hat sich in der beschriebenen Form und Größe als praktisch bewährt bei Anwendung in hiesiger Klinik, und ich kann ihn zum Gebrauche empfehlen.

Der hiesige Instrumentenmacher W. Vick liefert ihn zum Preise von 1,50 ℳ in guter Ausführung.

---

20) **P. Sebileau et E. Lombard.** Oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage.

(Annales des malad. de l'oreille etc. T. XXVII. No. 1.)

Die Operation wurde bei einem 3jährigen Kinde ausgeführt, das 25 Tage vorher ein Sou-Stück verschluckt hatte. Subjektive Erscheinungen fehlten, einziges objektives Symptom Schmerz bei Druck auf die unteren Halspartien. Durch Skiagraphie wird die Anwesenheit und der Sitz des Fremdkörpers festgestellt (Höhe des 1. Brustwirbels). In Anbetracht des langen Verweilens des Fremdkörpers in der Speiseröhre entschloss man sich sofort zur Oesophagotomia externa. — Bemerkenswerth bei der Operation erschienen feste Verwachsungen zwischen Ösophagus und Carotis, etwas oberhalb des Sitzes des Fremdkörpers. Im Bereiche dieser Verwachsungen war die Speiseröhre stark verdünnt. Naht der Speiseröhre, glatte Heilung. **Hinsberg** (Breslau).

21) **K. G. Lennander.** Ein Fall von Ösophagus- (Pharynx-) Polyp.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. XI. Abth. 3. II. [Schwedisch.])

Pat., eine 51jährige Frau, hatte während der letzten 2 Jahre einen Knoten im Rachen gefühlt. Bei Hustenstößen und Würgebewegungen rutschte derselbe etwas empor, bei Schluckbewegungen weiter hinunter. Schlingbeschwerden, Athemnoth oder Heiserkeit waren nicht beobachtet. Bei einer zufälligen laryngoskopischen Untersuchung, die wegen akuter Heiserkeit, durch eine Erkältung hervorgerufen, vorgenommen wurde, schleuderte eine kräftige Würgebewegung einen Körper aus dem Munde heraus, der sich als ein 9 cm langer, fast gurkenähnlicher Polyp herausstellte und mit einem kleinfingerdicken Stiele an der Grenze von Rachen und Speiseröhre befestigt war. Der Stiel wurde 1 cm oberhalb der Basis mit Seide unterbunden und galvanokaustisch entfernt. Es handelte sich um ein ziemlich gefäßreiches Fibrom mit zahlreichen eingesprengten Fettgewebspartien. — Bei



laryngoskopischer Untersuchung 1 Jahr später konnte nicht einmal der Sitz der Geschwulst entdeckt werden, noch war er für den tastenden Finger fühlbar.

Die Mittheilung ist von 2 wohlgelungenen Abbildungen begleitet.

Hansson (Cimbrishamn).

22) **L. Verdelet.** Contusion herniaire.

(Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux 1900. November.)

Ein 45jähriger Mann, der mit rechtsseitigem Leistenbruche behaftet war und kein Bruchband trug, erlitt durch einen Hufschlag eine Kontusion des ausgetretenen Bruches. Sofort traten Erscheinungen ein wie bei Incarceration. Die Operation, die 3 Tage nach der Verletzung vorgenommen wurde, ergab starke Sugillation des Bruchsackes; in demselben lagen Blinddarm, Dünndarm und entzündetes, stellenweise schwarz verfärbtes Netz. Letzteres wurde abgetragen, die Därme wurden reponirt. Heilung. Verf. betont die relativ große Seltenheit dieser Verletzung und räth, bei irgend wie alarmirenden Symptomen operativ einzugreifen.

Brunner (Zürich).

23) **S. Kossobudzki.** Zur Kasuistik der Darmblutung nach Reposition incarcerirter Hernien.

(Medycyna 1900. No. 16 u. 17.)

Verf. trägt zur Bereicherung der bisher spärlichen Kasuistik der Darmblutung nach Reposition eingeklemmter Brüche durch Beschreibung folgenden Falles bei: 49jähriger, sonst gesunder Mann, seit Jahren mit einem Leistenbruche behaftet. Incarceration, Rückgang derselben — nach misslungenen Taxisversuchen — spontan nach 14 Stunden. Am folgenden Tage Symptome leichter peritonealer Reizung, am 3. Tage abundante Darmblutung. Hierauf 24 Stunden lang Stillstand der Blutung, worauf neuerlich einige Tage hindurch der Stuhl mit Blut gemengt war. Heilung. **Trzebicky** (Krakau).

24) **L. Odisio** (Voghera). Due casi d'ernia della tromba uterina.

(Clinica chirurgica 1899. No. 12.)

Zwei Fälle von Tubenhernien.

1) 55jährige Frau, seit Jahren rechtsseitiger Leistenbruch. Einklemmungserscheinungen ohne Ileus. Bei der Operation wird die rechte Tube geschwellt und abgeschnürt, aber nicht gangränös gefunden; Reposition; Bassini'sche Radikaloperation. Heilung.

2) 6jähriges Kind. Angeborene Inguino-labialhernie rechts. Enthält eine normale Tube, der Eierstock in der Bauchhöhle. Reposition, Bassini; Heilung.

J. Sternberg (Wien).

25) **V. Remedi** (Siena). Contributo alla cura radicale delle ernie ed alla patogenesi delle ernie inguinali oblique esterne.

(Atti delle R. Accademia dei Fisiocritici 1899.)

R. bringt einen überaus ausführlichen und reichhaltigen Bericht über die in den Jahren 1891 bis 1898 operirten Hernien.

Es waren insgesammt 338 Operationen: 282 Leisten-, 40 Schenkel-, 3 Bauchbrüche, 1 Nabelbruch, 12 inguinale Laparocelen.

a. Leistenbrüche: 272 freie, 10 eingeklemmte. Von den freien 253 bei Männern, 19 bei Frauen. Definitive Heilung ohne Recidive in 188 + 13 = 201 Fällen, von 60 + 6 = 66 keine spätere Nachricht, in 5 Fällen Recidive, sämmtlich Männer.

b. Schenkelbrüche: 20 freie, 20 eingeklemmte. Von den freien 9 bei Männern, 11 bei Frauen. Definitive Heilung ohne Recidive in 8 + 7 Fällen, von 5 fehlen Nachrichten.

Bei den Leistenbrüchen wurde fast durchwegs die Methode Bassini's, kleine Modifikationen bei der Isolirung des Sackes und der Bildung der hinteren Wand

des Leistenkanals ausgenommen, angewendet. Bei den Schenkelbrüchen giebt R. keiner der vielen vorgeschlagenen Methoden den Vorzug, sondern hält die feste Torsion des Bruchsackes für das wichtigste Moment, so wie dass kein Netzzipfel angewachsen bleibt.

In 4 Fällen bestand Bruchsacktuberkulose (3 Leistenbrüche bei Männern, 1 Schenkelbruch bei einer Frau).

Im Anhange ist eine kleine Arbeit über die Pathogenese der Hernia inguinalis obliqua externa, die R.'s schon früher (cf. Centralblatt für Chirurgie 1892 p. 314) aufgestellte Thesen, dass diese Brüche in Bezug auf den Mechanismus der Bruchsackbildung wie angeborene anzusehen und Anomalien in der Obliteration des Canalis peritonei vaginalis zuzuschreiben sind, von Neuem stützt.

J. Sternberg (Wien).

26) **A. F. Hornborg.** Über Brüche in der Linea alba.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLII. p. 1139.)

Verf.s Arbeit ist ein von ausführlichen Krankengeschichten begleiteter Bericht über 30 in der chirurgischen Klinik zu Helsingfors operativ behandelte Fälle von Hernien der Linea alba. — Ätiologisch theilt er dieselben in Hernien, abhängig von subserösen Lipomen, von Traumen, von Abmagerung wegen Tuberkulose oder Magenkrebs (Verlust des Fettes und allgemeine Erschlaffung der Gewebe) und schließlich von einer allgemeinen Disposition für Hernien. In etwa 23% der Fälle fand Verf. außerdem Brüche an einer oder mehreren anderen Stellen des Körpers.

Die Symptome waren sehr verschieden; am häufigsten wurden Verdauungsstörungen erwähnt. Die Beschwerden traten meist urplötzlich auf, nach einem Chok oder Trauma. Die Schmerzen, auch anfallsweise auftretend, werden von körperlichen Anstrengungen, besonderen Körperstellungen, Mahlzeiten u. A. hervorgerufen. Sie verschwinden in der Regel bei Lagewechsel des Körpers, fast immer bei horizontaler Rückenlage.

Die operative Behandlung ist eben so einfach wie nutzbringend, diejenigen Fälle ausgenommen, welche auf hochgradiger Abmagerung wegen Tuberkulose oder Krebs beruhen.

Um über die Wirkung der Operation ein Urtheil geben zu können, hat Verf. später Erkundigungen von den Pat. eingeholt. Von den 30 Operirten sind über 22 Berichte eingetroffen. 7 waren gestorben, 12 völlig geheilt; 2 hatten Recidiv, der Eine in der Narbe, der Andere nahe bei dem ersten Bruche. Bei einem Pat. bestanden die Beschwerden fort, obwohl der Bruch geheilt war.

Hansson (Cimbrishamn).

27) **Heiz et Bender.** Une variété nouvelle de torsion de l'epiploon.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris LXXV. Année. 3. Serie. No. 9.)

Bisher sind etwa 2 Typen von Netztorsion beschrieben:

1) Torsion des ganzen Netzes um sich selbst;

2) von Netztheilen wie eine Serviette, die an 2 Zipfeln festgehalten ist.

Eine 3. Form würde der hier erwähnte Fall darstellen: Als Inhalt eines Bruches fand man 2 Netzzipfel, die sich an ihrem fibrös entarteten Abgange vom großen Netz $2^1/_2$mal um einander geschlungen hatten. Die Verff. vermuthen, solche Drehungen seien häufiger, als man glaube.

Christel (Metz).

28) **C. Brunner.** Zur chirurgischen Behandlung des Spasmus pylori und der Hyperchlorhydrie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

B. berichtet über folgenden, für Pathologie und Therapie der gutartigen Magenerkrankungen gleich bemerkenswerthen Fall: Ein 38jähriges Mädchen kam wegen Magenbeschwerden, die auf eine Superacidität auf nervöser Basis hinwiesen, mehrmals zur Aufnahme. Bei der 3. Aufnahme wurde wegen Fehlschlagens sonstiger Therapie die Probelaparotomie ausgeführt. Dieselbe ergab eine mäßige Pylorusenge, keine Verwachsungen. Dagegen wurden während der Operation starke peristaltische Wellen der Magenwand mit Einschnürungen, also ein inten-

siver Krampfzustand des Pylorus, beobachtet. Daher Gastroenterostomie. In der Folge vorübergehende Besserung; die Hyperacidität blieb dauernd aus, die sonstigen Erscheinungen wurden aber erst durch psychische Behandlung beseitigt.

Interessant dürfte an der vorliegenden Beobachtung zunächst die krampfartige Kontraktion des Antrum pylori sein, da sie außer von Verf. erst 1mal durch Autopsie während der Operation konstatirt wurde. Den Nutzeffekt der Operation beurtheilt Verf. mit großer Vorsicht. Ihre Wirkung war zum Theil jedenfalls eine suggestive, aber sie brachte doch auch einen objektiven Nutzen dadurch, dass die Hyperacidität verschwand. Letzteres beruhte auf Neutralisirung des Magensaftes durch Regurgitation von Galle; in wie weit außerdem hierfür die Ausschaltung der krampfigen Stenose in Betracht kam, wird dahingestellt gelassen

Honsell (Tübingen).

29) **A. Raffa** (Vicenza). La dieresi col laccio di gomma elastica nelle anastomosi delle vie digerenti.

(Clinica chirurgica 1899. No. 11.)

R. hat in 2 Fällen, einer Gastroenterostomie und einer Enteroanastomose, sich des von Porta auf dem italienischen Chirurgenkongresse in Turin 1898 empfohlenen elastischen Ringes zur allmählichen Durchtrennung der Wände der zu anastomosirenden Schlingen bedient und nach glatter Heilung an den Kranken ganz beträchtliche Gewichtszunahmen konstatiren können. In einem 3. Falle hat er 2 solche Schnürringe angewendet. Die Autopsie nach 50 Stunden zeigte eine tadellose Öffnung, welche einen Gänsekiel passiren ließ.

J. Sternberg (Wien).

30) **Seiler** (Bern). Über Magenresektion und Gastroenterostomie.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 22.)

S. berichtet über 3 in ihrem Erfolge sehr nachhaltige Magenresektionen und eine Gastroenterostomie, um zu zeigen, dass »auch in den Händen kleiner Chirurgen diese Operation gute Resultate geben kann«. **P. Stolper** (Breslau).

31) **A. Majewski.** Zur Kasuistik der chirurgischen Erkrankungen des Darmes.

(Gaz. lekarska 1900. No. 30.)

12jähriger taubstummer Junge war seit 2 Tagen an akutem Ileus erkrankt. Bauch ad maximum aufgetrieben, in der Mittellinie 2 vertikal verlaufende, parallel neben einander liegende, kolossal geblähte Darmschlingen sicht- und fühlbar, keine gesteigerte Peristaltik, keine anfallsweisen Schmerzen. Im Mastdarme etwas harter Koth. Allgemeinzustand leidlich. Laparotomie in der Mittellinie vom Nabel fast bis zur Symphyse. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirten sich die früher erwähnten geblähten Darmtheile als ad maximum aufgetriebener Dickdarm. Eine genauere Orientirung war erst nach Punktion der einen Schlinge mittels Trokars möglich. Nun erst zeigte es sich, dass das Quercolon in Folge abnormer Länge des Mesocolons in Schlingenform nach unten herabhing und eine Torsion erlitten hatte. Die Detorsion gelang sehr leicht. Verf. überzeugte sich, dass die ganze Flexur mit harten Kothballen dicht angeschoppt war. Da die sofort angewandte hohe Darmirrigation auf die letzteren ohne Einfluss blieb, trieb Verf. durch unmittelbare Massage des Darmes die Kothmassen nach dem Mastdarme herunter, von wo aus denselben durch einen Assistenten der Weg nach außen gebahnt wurde. **Trzebicky** (Krakau).

32) **K. G. Lennander.** Fall von angeborener (?) Dilatation und Hypertrophie der Flexura sigmoidea bei einem Kinde (maladie de Hirschsprung?).

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. XI. Abth. 3. I.)

Der 4jährige Pat. war bei der Geburt sehr klein und mager, sein Bauch aber sehr erweitert, zumal an den lateralen Partien; die Bauchhaut war blau verfärbt

mit gespannten, sehr erweiterten Venen. Völlige Inkontinenz scheint in den beiden ersten Lebensjahren bestanden zu haben; danach folgte eine Periode mit hochgradiger Verstopfung, in welcher Klystiere und Ricinus kaum Darmentleerungen herbeiführen konnten. Wenn solche nach Verabreichung von großen Dosen Laxantien herbeigeführt waren, schien der Bauch zusammenzufallen. Unter der Diagnose Bauchfelltuberkulose wurde Pat. in die Klinik zu Upsala aufgenommen. Eine 3wöchentliche Beobachtung bestätigte aber diese Diagnose nicht. Die Untersuchung ergab, dass ein, wahrscheinlich angeborener Bildungsfehler vorlag, und bei der Laparotomie zeigte sich eine kolossal ausgedehnte Flexura sigmoidea, welche die größte Ähnlichkeit mit einem Magen hatte. Da weder die Exstirpation der ausgedehnten Darmpartie technisch ausführbar war, noch eine andere Operation Nutzen bringen zu können schien, verblieb es bei der diagnostischen Laparotomie, welche per primam heilte. Die Krankheit wurde als eine Innervationsstörung aufgefasst, und die folgende Therapie, hauptsächlich elektrische Klysmata, mit welcher 3 Jahre lang fortgefahren wurde, brachte es so weit, dass das Kind sich fast wie normal entwickelte. Während des ganzen verflossenen Jahres soll der Knabe reguläre Darmentleerungen gehabt haben ohne Hilfe weder von Laxantien noch von Darmausspülungen. **Hansson** (Cimbrishamn).

37) **R. Stierlin.** Über Proctitis haemorrhagica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 606.)

S. behandelte im Kantonspitale zu Winterthur einen 40jährigen Landwirth, der seit ca. 4 Jahren in wechselnder Intensität an Mastdarmblutungen litt. In letzter Zeit hatten die 3—7mal täglich erfolgten Stuhlentleerungen bei Verlust von bis $1/2$ Liter Blut den Pat. äußerst heruntergebracht. Die Beschwerden bestanden außer in Tenesmus in heftigem Durst und hochgradigem Schwächegefühl. Es waren weder Hämorrhoiden noch Neubildung zu finden, dagegen zeigte sich nach vorgenommener Sphinkterdehnung, dass die Schleimhaut tiefroth, weich und zerreißlich, stark aufgelockert und ähnlich einem Schwamme oder Granulationsgewebe war. Sie bildete starke Wülste und blutete bei den leichtesten Schädigungen. Nach vorläufiger Gazetamponade leitete S. ein lokal adstringirendes Behandlungsverfahren ein mittels Tanninklystieren bei gleichzeitiger innerer Darreichung von Colombo und Rad. Ratanhiae so wie flüssiger Diät. Besserung von der 3. Woche an mit baldigem Übergange in vollkommene Genesung und Herstellung völliger Arbeitsfähigkeit. S. fand für die eigenthümliche und jedenfalls sehr seltene Erkrankung nur 2 ältere gleichartige publicirte Beobachtungen von Quénu und Henoch. Der Fall des Ersten wurde mit befriedigendem Erfolge kolostomirt, Henoch's Fall wurde auch durch adstringirende Klysmen (Alaun) geheilt. Es handelt sich nur um einen gutartigen, chronisch-katarrhalischen Schleimhautentzündungsprocess, dessen Ätiologie dunkel ist. Durch Missbrauch von Abführmitteln scheint derselbe entstehen zu können. Manche Fälle von Hämatemesis ohne pathologischen Befund an den Schleimhäuten des Magens und Duodenums können zum Vergleiche mit dem Leiden herangezogen werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Berichtigung. Verfasser der Original-Mittheilung auf p. 441 dieses Jahrganges ist nicht Herr Dr. Braun in Neubrunn, sondern Herr Dr. Braun-Neubrunn in Wien.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. Sonnabend, den 25. Mai. 1901.

Inhalt: **A. Flockemann**, Die Grenze der Pupillenreaktion gegen Licht in der Chloroformnarkose, ein einfacher Anhaltspunkt zur Erreichung des Mindestverbrauches von Chloroform. (Original-Mittheilung.)

1) **Kovatscheva**, Blastomyceten und Geschwülste. — 2) **Jakowski**, Bakterien und Venenthrombose. — 3) **Mühsam**, Holzphlegmone. — 4) **Kozicki**, Antistreptokokkenserum. — 5) **Schuhmacher**, Hautdesinfektion. — 6) **Reclus**, 7) **Pitres**, Cocainisirung des Rückenmarkes. — 8) **Capurro**, Muskeln als plastisches Material. — 9) **Zembrzuski**, Innere Urethrotomie. — 10) **Orlowski**, Urotropin. — 11) **Rumpel**, Gefrierpunkt von Blut und Harn. — 12) **Stein**, Nierenechinococcus. — 13) **Glück**, Lepra der männlichen Geschlechtsorgane. — 14) **Peyrot** und **Milian**, Hydrocele. — 15) **Bergk**, Die weiblichen Genitalien. — 16) **d'Herbécourt**, Operationen von der Scheide aus. — 17) **Schmitt**, Blase und Beckengeschwülste. — 18) **Cullen**, Gebärmutterkrebs.

K. D. Aglinzeff, Noch ein Wiederbelebungsversuch nach Prus-Maag. (Orig.-Mitthlg.)

19) **Ewald**, Apparat zur Ölinfusion. — 20) **Erbslöh**, Osteoplastisches Carcinom. — 21) **Grekow**, Psychosen nach Operationen. — 22) **Wulff**, 23) **Matanowitsch**, Spontangangrän. — 24) **Villiger**, Tetanus. — 25) **Achard**, Cocainisirung des Rückenmarkes. — 26) **Hintersteisser**, Spitalsbericht. — 27) **Chiene**, Erfahrungen in Südafrika. — 28) **Ssamochotzki**, Beckendrainage. — 29) **Kullmann** und **Wassidlo**, 30) **Nicolai**, Urethroskopie. — 31) **Bernhardt**, Bacillus pyocyaneus in den Harnwegen. — 32) **Schlagintweit**, Instrumente für die Harnorgane. — 33) **König**, Bottini'sche Prostataoperation. — 34) **Pendl**, Blasenektopie. — 35) **Faltin**, Blasengangrän. — 36) **Reynolds**, 37) **Routier**, Harnleitereinpflanzung in die Blase. — 38) **Aue**, 39) **Dzirne**, Zur Nierenchirurgie. — 40) **Pupovac**, Peniscarcinom. — 41) **Carson**, Entfernung der Samenblase. — 42) **Gross**, Darmlipome. — 43) **Starck**, Pankreasgeschwülste.

Reinhard, Die Atropin-Morphin-Äthernarkose. (Original-Mittheilung.)

(Aus dem Neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf. I. Chirurgische Abtheilung, Oberarzt Dr. Kümmell).

Die Grenze der Pupillenreaktion gegen Licht in der Chloroformnarkose, ein einfacher Anhaltspunkt zur Erreichung des Mindestverbrauches von Chloroform.

Von
Dr. Adolf Flockemann.

Die richtige Stufe der Chloroformbetäubung für Operationen ist die, bei welcher der Kranke einerseits in Rücksicht auf seine durch

Krankheit und die Operation mit Vorbereitung und Nachbehandlung schon hinreichend belastete Widerstandsfähigkeit möglichst wenig von dem betäubenden Gifte bekommt, bei welcher andererseits Schmerzlosigkeit und Ruhe gewährleistet sind. Fehlen von Pressen und Brechen sind bei Bauchoperationen gradezu Bedingung.

Die letztgenannten Zustände werden fraglos geschaffen, wenn man die Betäubung bis zu einem solchen Grade fortsetzt, wie Schleich[1] es thut. Nachdem unter zunehmender Pupillenenge volle Toleranz eingetreten ist, will er die weitere Narkose in dem Stadium mittlerer Pupillenweite halten (ohne Reaktion auf Licht), welche bei weiterem Auftropfen hervorgerufen wird. »Von der Beeinflussbarkeit der Pupillenweite (durch vermehrtes Zuschütten von Chloroform Erweiterung —, durch Fortlassen der Maske engere Pupillenstellung) muss man sich fortwährend überzeugen.« Auch empfiehlt Schleich in dieser Phase die angespannteste Beobachtung des Chloroformators.

Schleich hat mit dieser Methode bei vielen Hunderten von Narkosen niemals einen üblen Ausgang gehabt. Trotzdem ist unserer Ansicht nach dringend vor diesem Stadium zu warnen. Es ist dem vollständigen Tode zu nahe, um nicht die höchste Gefahr zu bedeuten. Andererseits ist die Toleranz so gut wie immer schon im Stadium der engen und gegen Licht vollkommen unempfindlichen Pupillen vorhanden.

Dass zur Herbeiführung dieses Abschnittes der Narkose weniger Chloroform gebraucht wird, als zu dem von Schleich gewählten, ist ein kaum minder wichtiger Umstand.

Abgesehen von Müller[2], der die Pupille an der Grenze der Enge und Erweiterung im Toleranzstadium halten will, deckt sich unser Standpunkt mit dem allgemein vertretenen. Nach Kappeler[3] »soll für den Chirurgen ein Stadium paralyticum (das Stadium der erweiterten Pupillen der Autoren) nicht existiren«, da es der Lähmung der Cirkulations- und Athmungscentra unmittelbar vorausgeht und somit die größte Lebensgefahr involvirt.

Kionka[4] fordert, »die Pupillen müssen mäßig verengt sein. Eine Erweiterung der zuvor verengt gewesenen Pupillen kann bei Brechbewegungen und während des Erwachens aus der Narkose als gefahrlos angesehen werden, deutet aber sehr hohe Gefahr an, wenn diese beiden Gründe nicht vorliegen«.

Ähnlich äußert sich Hankel[5]: »Tritt an Stelle der Hirnreizung Hirnlähmung ein, so müssen die Pupillen sich natürlich erweitern. Eine Hirnlähmung kann aber nur im Augenblick großer Gefahr eintreten. — Wenn in tiefer Narkose sich die Pupillen, wenn auch

---

[1] C. L. Schleich, Schmerzlose Operationen. Berlin, Julius Springer, 1897.

[2] Joh. Müller, Anaesthetica. Berlin, Mitscher und Röstell, 1898.

[3] Anaesthetica. Deutsche Chirurgie 1880.

[4] Artikel »Narkose« in Eulenburg's Realencyklopädie 1898.

[5] Ernst Hankel, Handbuch der Inhalationsanästhetica. Leipzig, Alfred Langkammer, 1898.

nur vorübergehend, erweitern, so ist ein Lähmungszustand vorhanden, und die Narkose ist stets eine unangenehme, in der asphyktische Erscheinungen selten fehlen.«

»Die Kunst des narkotisirenden Arztes besteht darin, nach Eintritt der vollkommenen Betäubung mit der Verabreichung einer möglichst geringen Menge des Betäubungsmittels auszukommen, selbst Tropfen zu sparen«, sagt Witzel[6] in seiner höchst beherzigenswerthen Arbeit.

Die äußerste Beschränkung der Chloroformmenge, die das Toleranzstadium weiter zu unterhalten noch gestattet, so lange es die Operation verlangt, ist erreichbar, wenn man eine Beobachtung im Verhalten der Pupillen benutzt, die mir vor mehreren Jahren bei der Narkose auffiel, und die ich seitdem verwerthe.

Man kann nämlich immer feststellen, dass aus dem Stadium der Toleranz, wo die willkürlichen Muskeln erschlafft und die Pupillen mäßig eng und reaktionslos sind, das erste objektive Zeichen des Erwachens folgendes ist: Während noch die mässig enge Pupille nicht in merkbarer Weise reagirt, wenn man wie üblich nur ein Auge öffnet, so ist in diesem selben Stadium eine geringe, aber deutliche Verengerung der Sehlöcher zu erkennen, wenn man rasch die Lider beider Augen gleichzeitig erhebt. Dies Phänomen muss man als die Grenze der Pupillenreaktion auf Licht in der Chloroformnarkose bezeichnen; denn die oben erwähnten Pupillenbewegungen in Schleich's Stadium sind ja vom Lichte unabhängig.

Dies Endstadium der Lichtreaktion zeichnet sich nun dadurch aus, dass es entweder — vielleicht in der Hälfte der Fälle — noch im Bereiche der Toleranz liegt, sonst aber jedenfalls nicht weit davon entfernt ist.

Im ersteren Falle ist es bloß nothwendig, langsam weiter zu tropfen, um nicht das Erwachen noch weiter vorschreiten zu lassen. Im letzteren muss man dies etwas lebhafter thun und kann dann rasch wieder die nöthige Tiefe erreichen, so rasch, dass der Operateur nicht erst Zeit findet, ungeduldig zu werden. Man hat jetzt an der hierzu gebrauchten Chloroformmenge und Zeit einen guten Maßstab für das Tempo der Weiterverabreichung von Chloroform während des Zeitraumes, wo die Operation eine tiefe Narkose erfordert.

Manchmal kann man auch beobachten, dass Fälle der letzteren Gattung nach längerer Dauer der Narkose ihr Verhalten ändern in das der ersteren: Kranke, bei denen die Toleranz erst eingetreten war, wenn alle Reflexe fehlten und die engen Pupillen auch bei Belichtung beider Augen starr blieben, zeigen dann Toleranz bis in das Stadium der Lichtreaktionsgrenze.

Verhältnismäßig selten sind Fälle, wo der Cornealreflex noch vorhanden ist bei engen und vollständig reaktionslosen Pupillen. (Junge und weibliche Personen liefern dazu das Hauptkontingent.)

[6] Deutsche med. Wochenschrift 1894. No. 30 u. 31.

Hier liegt die Sache noch einfacher. Man braucht nur weiter zu chloroformiren bis zum Schwinden des Cornealreflexes, dann ist auch die Toleranz erreicht.

Wenn man, unter gleichzeitiger unausgesetzter Überwachung von Puls und Athmung, mit der Grenze der Pupillenreaktion mehr oder weniger nahe Fühlung behält, so erreicht man Folgendes: Der Kranke befindet sich außerhalb jeder Gefahr von Seiten des Chloroformators. Man ist im Stande, die zur Toleranz erforderliche Tiefe erst bei den letzten Handreichungen der Vorbereitung eintreten zu lassen. Jeder Zeit kann man den Kranken, wenn es gewünscht wird, rasch wieder erwachen lassen.

Die Narkose dauert nicht länger, als es für die Operation nöthig ist, und selten misslingt es, dass der Kranke nicht, wie wir fordern, spätestens bei den letzten Hautnähten erwacht oder wenigstens reagirt.

Ich habe das Phänomen, welches ich die Grenze der Pupillenreaktion gegen Licht nannte, nur beschrieben gefunden in der auf reiche praktische Erfahrung gegründeten Arbeit von Strassmann[7]. Müller[2] citirt das Phänomen unter Nennung von Strassmann. Die übrigen genannten Autoren erwähnen dieses Verhalten der Pupillen gar nicht.

Die geschilderte Nutzanwendung macht Keiner, auch Strassmann nicht. Er hält den Pat. in dem Stadium der engen und reaktionslosen Pupillen.

---

1) K. Kovatscheva. Blastomycètes et tumeurs.

Thèse de Nancy, 1900. 150 S.

Verf. giebt zunächst eine ins Einzelne gehende Zusammenstellung sämmtlicher bisher bekannten klinischen und experimentellen Thatsachen, welche auf einen Zusammenhang zwischen bösartigen Geschwülsten und Blastomyceten hinweisen. In einer ersten Reihe von Arbeiten handelte es sich um Fälle, bei welchen die Blastomyceten sicher nur eine Komplikation der Geschwülste, eine sekundäre Infektion oder zufällige Verunreinigung bedeuteten. In einer weiteren Reihe wurden die in den Geschwülsten vorgefundenen Elemente nach dem histologischen Befunde als Blastomyceten angesprochen. Weiterhin wurden Fälle berichtet, bei welchen die Blastomycetennatur der betreffenden Elemente auch kulturell nachgewiesen wurde. Es handelte sich hierbei um äußerst verschiedenartige Erkrankungen, einfache mechanische Trennung der Gewebe durch wachsende Blastomycetenkolonien, ferner rein entzündliche Processe, umschriebene Eiterungen, Affektionen vom Bau infektiöser Granulationsgeschwülste, und nur in einigen wenigen Berichten um echte Carcinome und

[7] Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie 1894. Bd. XXIX. Die Chloroformnarkose der Frau.



Sarkome. Die echten Geschwülste, bei welchen bisher Blastomyceten nachgewiesen wurden, traten an Zahl gegenüber den anderen Blastomycetenerkrankungen so sehr zurück, dass Verf. die Hypothese aufstellt, es habe sich in diesen Fällen um eine zufällige, specifische, durch die Blastomyceten verursachte Komplikation der bösartigen Geschwulst gehandelt. Die Blastomyceten wären also die Ursache dieser Komplikation, nicht aber des Krebses selbst. Gleiches gilt von den experimentell durch Reinkulturen oder Geschwulsttheilchen von Blastomycetengeschwülsten hervorgerufenen geschwulstartigen Bildungen. Die vom Menschen oder Thier isolirten Parasiten erzeugten nur ausnahmsweise Erkrankungen, welche mit denen, von welchen sie herstammten, identisch waren, und ferner nur ganz ausnahmsweise echte bösartige Geschwülste, deren Geschwulstnatur noch überdies von anderen Beobachtern wieder angezweifelt wurde. Verf. schließt daher aus den bisher bekannten Thatsachen, dass die Blastomyceten allerdings pathogen seien, wenigstens in bestimmten Fällen. Die Verschiedenheit der pathologischen Effekte erklärt sich durch die Verschiedenheit der bisher beschriebenen Species, deren botanische Eigenschaften Verf. genauer analysirt. In den meisten Fällen handelt es sich aber um rein entzündliche Erscheinungen, und zwar wirken die Blastomyceten meist rein mechanisch als Fremdkörper im Gewebe. Eine specifische Wirkung haben sie nicht, auch nicht die in Geschwülsten gefundenen Formen; sie rufen daher auch keine specifische Erkrankung hervor, und die bisherigen Beobachtungen sprechen nicht dafür, dass sie die Erreger des Krebses sind. (Die im Centralblatt 1900, p. 1000 referirte Arbeit von Leopold ist übrigens noch nicht berücksichtigt.)

Im 2. Theile der Arbeit berichtet Verf. über Versuche mit dem Bra'schen Krebsparasiten. Bra (Societé de biologie, November 1898 und Presse méd., Februar 1899) fand in den verschiedenartigsten Carcinomen und Sarkomen regelmäßig einen Parasiten, den er in Reinkulturen züchten und mittels dessen er bei Thieren Geschwülste vom Typus der Fibrosarkome hervorrufen konnte. Bei den Nachprüfungen, welche Verf. anstellte, ergab sich, dass der Bra'sche Parasit ein Blastomycet, der Cryptococcus ruber war. Die vom Verf. experimentell erzielten Geschwülste unterschieden sich in nichts von den auch sonst durch Blastomyceten hervorgebrachten und hatten nicht den Bau bösartiger Geschwülste. Außerdem zeigte der Parasit toxische Wirkung. Versuche mit dem Bra'schen Krebsheilserum ergaben, dass in einigen Fällen ein Stillstand der experimentell erzeugten Erkrankung eintrat, in den meisten Fällen jedoch zeigte sich eher eine Verschlimmerung. Nach diesen Versuchen kommt Verf. zu der Überzeugung, dass der Bra'sche Parasit nicht der Erreger des Krebses ist. (Genaues Litteraturverzeichnis.)

Mohr (Bielefeld).

---

2) **M. Jakowski.** Über den Einfluss der Bakterien bei Entstehung von Thrombosen der Venen.

(Gazeta lekarska 1900. No. 36 u. 37.)

Verf. gelang es auf Grund einer Reihe hübscher Thierversuche nachzuweisen, dass sich nach vorheriger Einbringung des Bacterium coli, von Typhus- oder Diphtheriebacillen in den Kreislauf stets an der Stelle, an welcher eine Verlangsamung der Blutcirkulation durch mäßigen Druck eintritt, Thromben bilden, während diese Thrombose entweder vollständig ausbleibt oder nur ausnahmsweise auftritt, wenn statt der Bakterien deren Toxine in das Blut injicirt worden waren.

Trzebicky (Krakau).

---

3) **Mühsam.** Über Holzphlegmone.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 5)

Verf. glaubt im Anschlusse an die Mittheilung eines dem von Reclus geschilderten Krankheitsbilde entsprechenden Falles, dass der Name »Holzphlegmone« die physikalische Beschaffenheit der meist auf Aktinomykose beruhenden Fälle gut charakterisire, die durch ihre Erscheinungsformen, den Verlauf, den Sitz sonst gut gekennzeichnet sind. Ein specifischer Erreger dieser Erkrankung ist bis jetzt nicht festgestellt worden. **Borchard** (Posen).

---

4) **L. Kozicki.** Über den therapeutischen Werth des Antistreptokokkenserums.

(Medycyna 1901. No. 1—6.)

Verf. hat Marmorek's Serum unter Sawicki's Leitung in 9 Fällen von Erysipel, Phlegmone, Pyämie und Kindbettfieber versucht. Hiervon endeten 2 Fälle tödlich, in den übrigen erfolgte Heilung, welche aber nicht in allen Fällen dem Serum zuzuschreiben ist. Auf Grund eigener Erfahrung wie der Erfahrung anderer Chirurgen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Das gegenwärtig gebrauchte Antistreptokokkenserum wirkt zwar nicht in allen Fällen von Streptokokkeninfektion, in der Mehrzahl dieser Fälle lässt sich jedoch eine günstige Beeinflussung des Leidens konstatiren.

2) In den seltensten Fällen wird die Krankheit durch das Serum koupirt; zumeist manifestirt sich der günstige Einfluss durch Schwund der dominirenden gefahrdrohenden Symptome, wodurch dem Organismus der Kampf mit der Krankheit erleichtert wird.

3) Intoxikationssymptome wurden nach Injektion des Serums bis auf einen transitorischen Hautausschlag nicht beobachtet.

Trzebicky (Krakau).

---

5) H. Schuhmacher. Beitrag zur Desinficirbarkeit der Haut.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

S. stellte sich die Aufgabe, zu eruiren, in wie weit der Seifenspiritus im Stande ist, eine Tiefenwirkung bei der Hautdesinfektion zu entfalten. Die Versuche wurden derart angestellt, dass die desinficirte Haut zunächst an der Oberfläche abgeschabt wurde, um den Keimgehalt der Epidermisschuppen zu prüfen. Dann wurden 1/2 qcm große Stückchen aus der ganzen Hautdicke excidirt, in Petrischalen zerkleinert und mit Agar übergossen. Es zeigte sich, dass in den oberflächlichen Hautpartien nur in der Minderheit, in den tieferen dagegen bei der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle Bakterien nachweisbar waren. Um pathogene Keime hat es sich allerdings nur ausnahmsweise gehandelt.

Honsell (Tübingen).

---

6) P. Reclus. De la méthode de Bier.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris Ann. 65. Sér. 3. No. 11.)

R. wendet sich gegen Tuffier, der die Cocaininjektionen in den Duralraum für ungefährlich zu halten scheine und das Verfahren vulgarisiren wolle; er zählt nun alle bereits bekannt gewordenen Nachtheile der Lumbalpunktion auf, die, obgleich vorübergehend, doch beunruhigend und außerordentlich lästig werden können (Temperaturen, Cephalalgie, Sphinkterenlähmung, Ataxie); vor Allem jedoch stellt er die bekannt gewordenen Todesfälle zusammen, die nach den Cocaininjektionen eingetreten sind — im ganzen 6 — veröffentlicht von Juilliard, Tuffier, Henneberg, Dumont, Goïlaw und Jonnesco. Hierzu kommen vielleicht noch 1 oder 2 Fälle, von denen amerikanische Blätter sprechen. Es stellt sich also das Verhältnis der Todesfälle zu den bisher ausgeführten Lumbalinjektionen etwa wie 6 : 2000. Die Gefährlichkeit anderer Anästhesirungsmethoden stehe hierzu in gar keinem Vergleiche, da sie für Chloroform 1 : 2300, für Äther 1 : 7000 (?) betrage, und er auf 7000 Infiltrationen lokaler Natur mittels Cocain noch keinen einzigen Todesfall beobachtet hat. Bier selbst habe das bereits völlig eingeräumt.

Christel (Metz).

---

7) Pitres. Ponction lombaire et effets physiologiques des injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1901. März 3.)

Verf. berichtet zunächst über einen Pat. mit deutlichen Erscheinungen einer Hirngeschwulst, bei welchem nach Lumbalpunktion und Entleerung von etwa 20 ccm Flüssigkeit die Kopfschmerzen ganz schwanden und die Stauungserscheinungen im Augenhintergrunde sehr zurückgingen.

P. fasst sodann seine Erfahrungen über Cocainisirung des Rückenmarkes folgendermaßen zusammen: 1) Die Analgesie beginnt nicht

immer an den Füßen. 2) Eben so wenig ist die Reihenfolge des Eintritts der Analgesie, zunächst Füße, dann Unter- und Oberschenkel etc. in allen Fällen vorhanden. 3) Die obere Grenze der Analgesie wird nicht durch eine zur Körperachse senkrechte Ebene gebildet, sondern reicht hinten immer höher hinauf als vorn. Sie ist außerdem durch eine 2—5 Querfinger breite Zone verminderter Sensibilität von den normal sensiblen Theilen getrennt. **Mohr** (Bielefeld).

---

8) **Capurro.** Sul valore della plastica a tessuto muscolare striato.

(Morgagni No. 1 u. 2.)

Die experimentellen Untersuchungen C.'s ergaben, dass eine freie Einpflanzung von Lappen gestreifter Muskeln weder an Thieren derselben noch anderer Art je gelingt. Das Muskelgewebe geht meist schnell durch ischämische Nekrose zu Grunde, oder es wandelt sich in fibröses Gewebe um. Gestielte Lappen haben den Zweck der Erhaltung der Funktion des specifischen Gewebes. Diesen erreichen sie am ehesten in kleinen Lappen, die wenig gespannt sind, und deren Muskeln auf eine möglichst nahe und parallel verlaufende Muskulatur zu liegen kommen. Die Insertion an einer Aponeurose ist günstiger als die am Muskel selbst. Der Drehungswinkel soll möglichst unter einem Rechten bleiben. Dagegen sind der Sitz des Stieles und die Kontraktionsrichtung des unterliegenden Muskels im Wesentlichen gleichgültig. **Dreyer** (Köln).

---

9) **L. Zembrzuski.** Über die Resultate der inneren Urethrotomie nach Maisonneuve.

(Medycyna 1900. No. 39 und 40.)

Auf Grund eines ansehnlichen, durch Spitäler, Kliniken und Kollegen in Russisch-Polen gesammelten Materiales ist Verf. ein warmer Anhänger der inneren Urethrotomie nach Maisonneuve, von der er nie gefahrdrohende Symptome, dagegen stets vorzüglichen momentanen Erfolg beobachtet hat. (Ref. beobachtete auf seiner Abtheilung vor Kurzem einen Fall von auswärts durch einen routinirten Kollegen ausgeführter Urethrotomia interna, in welchem es nur mit äußerster Mühe gelang, den Pat. vor dem Verblutungstode zu retten.) **Trzebicky** (Krakau).

---

10) **W. Orlowski.** Über die baktericide Wirkung des Urotropins und dessen Anwendung bei Blasenkatarrh.

(Gazeta lekarska No. 12 u. 13.)

Auf Grund zahlreicher bakteriologischer Versuche kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Der Mehrzahl der Bakterien gegenüber steht die baktericide Kraft des Urotropins jener der Karbolsäure und des Sublimates

wesentlich nach, und nimmt diese Kraft bei Anwesenheit von Albuminaten noch wesentlich ab.

2) Der Harnfermentation gegenüber zeigt Urotropin starke entwicklungshemmende Eigenschaften und übertrifft in der Richtung bei Weiten Salol. In Anbetracht dessen wird durch innerlichen Gebrauch des Mittels die saure Reaktion des Harnes gesteigert, und die event. bei Cystitis vorhandene alkalische beseitigt.

In der Praxis beobachtete Verf. von dem Mittel keine üblen Nebenerscheinungen, dagegen fast immer eine hervorragend schmerzstillende Wirkung.

Trzebicky (Krakau).

---

11) O. Rumpel. Über die Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn für die Nierenchirurgie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

R. berichtet ausführlich über die zahlreichen Untersuchungen, welche an der von Kümmell geleiteten Abtheilung des neuen Hamburger Krankenhauses über die v. Korányi'schen Gefrierpunktsbestimmungen angestellt worden sind. Dieselben haben zu folgenden Resultaten geführt:

1) Der osmotische Druck des normalen Blutes entspricht einer Herabsetzung des Gefrierpunktes von 0,56° (0,55—0,57°).

2) Ein Sinken des Blutgefrierpunktes unter 0,57° lässt auf eine vorübergehende oder dauernde Störung der Nierenfunktion schließen. Auch erhöhter Eiweißzerfall z. B. bei Geschwülsten schien den osmotischen Druck des Blutes erhöhen zu können.

3) Vor jeder Nierenoperation sollte der Blut- und Harngefrierpunkt festgestellt werden. Bei einem Blutgefrierpunkte von 0,56° kann die erkrankte Niere ohne Gefahr entfernt werden, sinkt er unter 0,58°, so ist große Vorsicht geboten.

4) Der Gefrierpunkt des normalen Urins schwankt zwischen 0,9—2,2°; dauernde Erniedrigung unter 0,9° lässt auf Niereninsufficienz schließen.

5) Die Koncentration der Sekrete beider Nieren ist normaliter bezüglich des osmotischen Druckes und des Harnstoffgehaltes annähernd gleich.

6) Die sicherste Prüfungsmethode der Nierenfunktion besteht in der physikalischen und chemischen Untersuchung der durch Harnleiterkatheterismus entleerten Sekrete beider Nieren.

Honsell (Tübingen).

---

12) L. Stein. Über Echinococcus der Niere.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 43.)

Die aus der Gussenbauer'schen Klinik stammende Arbeit betont unter Mittheilung eines einschlägigen geheilten Falles die außergewöhnliche Schwierigkeit einer exakten Diagnose des Nierenechinococcus. Verwechslungen mit Hydronephrose, Nierencyste, Nierenabscess, ferner mit Leber- und Ovarialcysten sind mehr als erklärlich.

Bezüglich der wichtigen Frage, ob Nephrotomie oder Nephrektomie, lässt sich Verf. von dem Befunde bei der Operation leiten, nachdem einerseits erst die Diagnose festgestellt, andererseits man darüber ins Klare gekommen ist, ob und wie viel funktionsfähige Nierensubstanz vorhanden ist. Denn auch die bloße Eröffnung und Drainage des Sackes kann an die Kräfte des Pat. große Anforderungen stellen.

Was das Vorgehen bei der Operation anlangt, so ist das Einschlagen des abdominalen Weges nach S. kein Nachtheil. Er bietet oft die einzige Möglichkeit — Angesichts der Schwierigkeit der Diagnose —, sich klare Verhältnisse zu schaffen. Sieht man, dass der Fall für bloße Eröffnung geeignet ist, so kann man nach Naht der beiden Peritonealwunden von einem Lendenschnitte aus extraperitoneal vorgehen. **Hübener** (Dresden).

---

13) **L. Glück.** Die Lepra der männlichen Geschlechtsorgane.

(Przegląd lekarski 1900. No. 14 u. 15.)

Auf Grund von 44 eigenen Beobachtungen von Lepra bei Männern gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Lepra führt fast in 95% aller Fälle zu pathologischen Processen an den Geschlechtstheilen.

2) Tritt das Leiden bei jungen Individuen auf, so wird durch dasselbe vor Allem die Entwicklung der Geschlechtstheile, namentlich der Hoden, sehr wesentlich gehemmt.

3) Erfolgt die Infektion erst im reiferen Alter, so tritt frühzeitige Atrophie der Hoden und Impotenz auf.

4) Am Penis und Hodensack manifestirt sich das Leiden als Knötchen und hartes Infiltrat ohne besondere Prädilektionsstelle, jedoch mit Ausnahme des inneren Vorhautblattes, wo sie nie beobachtet wurden. Geschwürsbildungen kommen selten vor.

5) Der Hoden ist oft Sitz von charakteristischen Knoten.

6) In fast 67% aller Leprafälle kommt es zu beiderseitiger chronischer Epididymitis. **Trzebicky** (Krakau).

---

14) **Peyrot** et **Milian.** Pathogénie de l'hydrocèle chronique.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris 65. Ann. 3. Ser. No. 5.)

Die Hydrocele, die so häufig von jeder Hoden- bezw. Nebenhodenerkrankung unabhängig, im reiferen Alter (nach 50) als chronische Entzündung der Vaginalis eintritt, sollte nicht als selbständiges Leiden aufgefasst werden. Sie ist Theilerscheinung allgemeiner »Perivisceritis«, indem sich bei den gleichen Individuen meist noch Perihepatitis, Perisplenitis, Sehnenflecken des Epikards etc. finden. Verff. bezeichnen die fibrösen Verdickungen der serösen Häute als »lamelläre Fibrome«. **Christel** (Metz).



15) **R. Bergk.** Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum. IV.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXII. No. 3.)

Mit erstaunlicher Sorgfalt und einer ganz außergewöhnlichen Gelehrsamkeit berichtet der bekannte Kopenhagener Syphilidologe über die von ihm beobachteten Formen der äußeren weiblichen Genitalien — ein Referat dieser Befunde ist natürlich nicht möglich.

Jadassohn (Bern).

---

16) **Eugène d'Herbécourt.** De la voie vaginale sans hystérectomie. Indications. Résultats opératoires.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Verf. berichtet im 1. Theile der Arbeit über anatomische Studien an Leichen bei operativem Vorgehen von der Scheide aus durch vordere, hintere Kolpotomie etc. Unter Berücksichtigung der Litteratur theilt er dann eine Reihe von Fällen mit, welche von Lejars operirt wurden. Auf Grund seiner anatomischen Studien und der vorliegenden klinischen Beobachtungen gelangt H. zu folgendem Resultate:

Die vordere oder hintere Kolpotomie ist zur Sicherung einer schwer zu stellenden Diagnose von großem Werthe. — Zum Zwecke der Drainage empfiehlt sich die hintere Kolpotomie als die beste Methode. — Die Kolpotomie kann bei Hämatocelen und bei einfachen retro-uterinen Abscessen zur definitiven Heilung führen. — Kleine, wenig verwachsene Geschwülste kann man durch vordere oder hintere Kolpotomie entfernen, für größere und verwachsene Geschwülste ist nur die Laparotomie zulässig.

Die Vaginofixation empfiehlt Verf. nicht wegen der später event. eintretenden Geburtskomplikationen; an deren Stelle empfiehlt er die Ventrofixation.

Neck (Chemnitz).

---

17) **J. Schmitt.** Beschreibung eines durch Laparotomie gewonnenen Uterusmyoms nebst Bemerkungen über das Verhältnis der Blase zur Vorderfläche von Beckengeschwülsten.

(New Yorker med. Monatsschrift 1900. No. 11.)

Verf. berichtet über 2 glücklich operirte Fälle, in denen Eierstöcke und Eileiter derartig erkrankt waren, dass sie mit dem Uterus entfernt werden mussten.

Von besonderem Interesse sind seine Ausführungen über das Verhältnis des Bauchfelles an der Vorderfläche der Blase, wenn dieselbe durch Überfüllung oder durch Uterusgeschwulst emporgehoben wird. Der Bauchfellüberzug bildet immer einen mehr oder weniger großen Raum oberhalb der Symphyse. Wird die Blase emporgehoben, so steigt sie nicht, wie dies irrthümlich häufig, auch von Kelly, beschrieben wird, zwischen der Hinterwand der Bauchdecken und parietalem Blatte des Bauchfelles in die Höhe, sondern der Theil des

Bauchfelles, welcher den Blasenscheitel bedeckt, ist so elastisch, nachgiebig und beweglich, dass »er selbst von einer bis zum Nabel reichenden Blase einfach nur eingestülpt wird. Er bildet eine Mütze über dem Scheitel der Blase und einen verschieden tiefen prävesikalen Cul de sac.«

Ähnlich verhält es sich mit der kindlichen Blase und solcher, welche den infantilen Typus, die konische Form bewahrt hat.

Tschmarke (Magdeburg).

---

18) **T. S. Cullen.** Cancer of the uterus, its pathology, symptomatology, diagnosis, and treatment, also the pathology of diseases of the endometrium. Mit 11 lithographirten Tafeln und über 300 farbigen und schwarzen Illustrationen im Texte von M. Brödel und H. Becker.

New York, **D. Appleton & Co.,** 1900. XVI. u. 693 S.

Mit dem vorliegenden Werke bezweckt C., dem praktischen Arzte eine klare Vorstellung über die frühen Zeiten des Uteruskrebses zu liefern; es soll ihn in den Stand setzen, stets auf der Hut zu sein und kein verdächtiges Symptom leicht zu nehmen. Grade beim Uteruscarcinom kommt Alles auf die Frühdiagnose an, die in den allermeisten Fällen beim Hausarzte und nicht beim Specialisten liegt. Von diesem Gesichtspunkte aus ist das vorliegende Werk abgefasst. Es ist eine Art Lehrbuch, das jedoch auf gründlicher Litteraturkenntnis und großer eigener Erfahrung basirt: 182 eigene Beobachtungen bilden die Grundlage der vorgetragenen Lehre. Die zahllosen makroskopischen und mikroskopischen Abbildungen von Präparaten sind ebenfalls durchweg diesen eigenen Beobachtungen entnommen.

C.'s Eintheilung der Uteruskrebse weicht etwas von der bei uns üblichen ab. Er unterscheidet nur 4 Gruppen:

1) Plattenepithelkrebse der Cervix,
2) Adenocarcinome der Cervix,
3) Adenocarcinome des Corpus,
4) Plattenepithelkrebse des Corpus.

Die Carcinome der Portio und die Cylinderepithelkrebse werden hierbei nicht besonders behandelt. Die Symptomatologie der einzelnen Formen wird nur kurz beschrieben. Dagegen legt C. großen Werth auf die mikroskopische Untersuchung excidirter Probestückchen. Besonders ausführlich sind die differentialdiagnostischen Kapitel abgehandelt; beim Adenocarcinom des Corpus findet sich eine Beschreibung fast aller Erkrankungen des Endometriums und deren Unterscheidungsmerkmale vom Carcinom.

Bei der Therapie werden die abdominale und vaginale Totalexstirpation eingehend und durch vorzügliche Abbildungen unterstützt beschrieben. C., als Schüler von Kelly, folgt dessen Vorschlägen, die er zum Theil wörtlich aus K.'s »Operative gynaecology«

entnommen hat. Er empfiehlt mit Pawlik u. A. die Sondirung der Harnleiter vor der Operation und erklärt sich warm für die subkutanen Kochsalzinfusionen bei Collaps und Herzschwäche. Bei der palliativen Behandlung inoperabler Carcinome wird nur die Ausschabung empfohlen, das Chlorzink und der Alkohol verworfen. Von der Thermokauterisation, den verschiedenen antiseptischen Spülungen und der neuerdings vielfach gerühmten Formalinbehandlung erwähnt C. nichts.

Das ganze Werk kann als eine werthvolle Bereicherung der gynäkologischen Lehrbücher-Litteratur bezeichnet werden. Die Ausstattung ist tadellos. Speciell die Abbildungen sind als künstlerisch schön zu bezeichnen und von einer Präcision und Plastik der Darstellung, wie man sie sonst nur in den besten medicinischen Atlanten zu finden gewohnt ist. In dieser Hinsicht können unsere Lehrbücher von den Amerikanern Manches lernen, obgleich zugestanden werden kann, dass wir in den letzten Jahren auch darin erheblich weiter gekommen sind. Das C.'sche Buch ist ohne Übertreibung als Zierde jeder gynäkologischen Bibliothek zu bezeichnen. **Jaffé** (Hamburg).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der Klinik des Herrn Prof. Subbotin in St. Petersburg.)

Noch ein Wiederbelebungsversuch nach Prus-Maag[1].

Von

Dr. K. D. Aglinzeff.

Am 28. März / 10. April 1901 wurde in der chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Subbotin (in Abwesenheit des Professors) bei einem 15jährigen Knaben eine Sequestrotomie des linken Radius (wegen überstandener Osteomyelitis des genannten Knochens und nachfolgender eitriger Metastasen am rechten Trochanter major und Kniegelenke) ausgeführt. Operationsdauer 30 Minuten; ungestörter Narkosenverlauf während der ganzen Zeit; Tropfmethode; 25 ccm Schering's Chloral-Chloroform verabreicht. Es war die Chloroformmaske schon seit 5 Minuten entfernt und der Verband bereits angelegt, als plötzlich leichte Brechbewegungen eintraten, die Pupillen sich ad maximum dilatirten und der Puls verschwand. Unterdessen dauerte die Athmung noch einige Zeit lang fort, Anfangs mit ziemlich normalen, bald mit nur vereinzelten tiefen Athemzügen.

Die sofort angewandten gewöhnlichen Wiederbelebungsmaßnahmen (Hochhalten der Extremitäten, künstliche Athmung, rhythmisches Vorziehen der Zunge nach Laborde, Klopfen des Präkardium, subkutane Äthereinspritzungen) blieben erfolglos. 10 Minuten danach Tracheotomie und Fortsetzen der künstlichen Athmung; dabei war es leicht festzustellen, dass ein genügendes Ein- und Ausdringen der Luft durch die Trachealkanüle stattfand. Dieses Verfahren wurde eine halbe Stunde lang ununterbrochen durchgeführt, während Pat. völlig puls- und athemlos dalag. Da entschloss ich mich nach Berathung mit den anwesenden Kollegen, dem Beispiele Maag's zu folgen, und vollführte die Resektion der 2.—4. linken Rippenknorpel zur Freilegung des Herzens und unmittelbaren Massage desselben. Die Ausführung der Operation erforderte nicht über 2 Minuten; eine doppelte Durchtrennung geschah nur an der 4. Rippe, da die beiden oberen sammt dem

[1] S. d. Centralblatt 1901. No. 1.

Haut-Muskellappen leicht aufgehoben werden konnten. Der senkrechte Theil des Hautschnittes wurde 1 Querfinger entfernt vom linken Sternalrande geführt, die beiden horizontalen Theile über der 2. resp. 4. Rippe. Bei der Thoraxeröffnung wurde der linke Pleuralsack verletzt, wobei die betreffende Lunge zusammensank.

Sofort führte ich die Hand in die Wunde ein. Das völlig schlaffe, bewegungslose Herz wird sammt unverletztem Herzbeutel ohne Beschwerden umfasst und die rhythmische Kompression begonnen. Sehr bald darauf tritt selbständige Herzthätigkeit ein; sie ist rhythmisch, aber so schwach, dass nur die großen Gefäße der Brusthöhle pulsiren. Die Gesichtsfarbe des Pat. wird etwas besser. Indessen wird die künstliche Athmung nach Schüller und Silvester immer fortgeführt; aber obwohl die Luft durch die Trachealkanüle stets in gutem Strome ein- und ausdrang, kommt es zu keiner spontanen Respiration. Die Herzthätigkeit, welche Anfangs an Kraft zu gewinnen schien, wird schon nach Ablauf der ersten halben Stunde trotz energischer manueller Kompressionen bedeutend schwächer, unregelmäßig, peristaltisch und neigt zum Stillstande.

Auf diese Weise wurde eine Stunde lang gearbeitet, leider aber nichts erzielt.

Die Sektion ergab parenchymatöse und beginnende interstitielle Veränderungen am Herzmuskel. Sonst nichts Abnormes. In den Luftwegen ein wenig schaumiges Blut, durchaus keine Speisetheilchen (makro- und mikroskopisch).

Dieser Fall, welcher, so weit mir bekannt, den 2. Versuch darstellt, Prus' Ergebnisse am Menschen zu verwerthen, scheint mir folgende Bemerkungen zu erlauben:

1) Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Erfolglosigkeit unserer Bemühungen durch den Herzzustand des Pat. zu erklären ist, welcher eine schwere pyämische Infektion mit 2 Monate langem Fieber durchgemacht hatte.

2) Ein zweifellos schweres, leider kaum zu vermeidendes Übel der Methode ist die Verletzung der Pleura mit sofortigem Pneumothorax. (Vgl. Maag, dieses Centralblatt 1901 p. 22.)

3) Das Lufteinblasen hielt ich im mitgetheilten Falle für überflüssig, zumal ja der Luftwechsel bei künstlicher Athmung in genügender Weise stattfand; übrigens beweist Maag's eigene Beobachtung, dass dieses Einblasen, wenigstens wenn es ohne besondere Maßnahmen geschieht, erheblich schaden kann.

4) Eins steht fest: die anderen Methoden unzugängliche Bekämpfung der Herzparalysis ist jetzt ersonnen. Mit der unmittelbaren Herzmassage werden auch beim Menschen Herzschläge nach Synkope herbeigeführt.

Bis jetzt wurde noch Niemand mittels des Prus-Maag'schen Verfahrens dem Tode entrissen, es scheint aber die Hoffnung berechtigt zu sein, dass die Zukunft mit technischen Fortschritten auch bessere Erfolge verspricht.

Da aber die Methode nur in solchen Fällen anzuwenden ist, wo man nichts mehr zu verlieren hat, so wäre es gewiss unberechtigt, derselben jeden Werth zu versagen.[1]

---

19) C. A. Ewald. Ein Apparat zur Ölinfusion.

(Ärztliche Polytechnik 1900. December.

Um Öl unter Druck allmählich subkutan in größerer Menge, 80—100 ccm zu infundiren, benutzt E. einen Apparat einfachster Konstruktion, dessen Bedienung sogar einem Wärter überlassen werden kann. Er besteht aus einer Flasche nach Art der Paquelin'schen und einem einfachen Gummigebläse. Das in der Flasche befindliche Öl steigt durch eine Glasröhre in die Höhe zu dem durchbohrten Korke heraus in einen Gummischlauch, an dem die Kanüle direkt ansitzt. Die in einem gewissen Zeitraume durchfließende Menge Öl wird an einer Skala abgelesen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

20) W. Erbslöh. Fünf Fälle von osteoplastischem Carcinom.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIII. p. 20.)

Bei den 3 männlichen Individuen waren nach primärem Prostatacarcinom, bei der einen Frau nach Magencarcinom, bei der anderen nach Gallenblasencarcinom

osteoplastische Knochenmetastasen aufgetreten. Diese saßen vorwiegend in der Knochenspongiosa, doch auch in der Markhöhle großer Röhrenknochen und dicht unter dem Periost. Am häufigsten wurde die Wirbelsäule befallen, und hier besonders die Lendenwirbelsäule; dann folgen die Rippen, der Oberschenkel in seinem proximalen Ende, Becken, Schädel, Brustbein, Oberarm und Radius. Weitere Metastasen wurden, mit Ausnahme eines Falles, nur noch in den Lymphdrüsen gefunden.

Innerhalb der Knochengeschwülste war stets neue Knochensubstanz angebildet, und Verf. erklärt sich dies nach einer Theorie von v. Recklinghausen, analog der Bier'schen Stauungshyperämie (Callusbildung bei Knochenfrakturen): Durch die epithelial geordneten Krebsstränge wird ein Capillarverschluss herbeigeführt, welcher eine Stauungshyperämie im Gebiete der Geschwulst zur Folge hat, und diese führt zu Neubildung von Knochen.

Das endgültige Schicksal der neugebildeten Knochensubstanz scheint das der Osteomalakie zu sein. **Fertig** (Göttingen).

21) J. J. Grekow. Zur Frage von den Psychosen nach Operationen.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 1.)

Eine 30jährige Frau mit hereditärer psychischer Belastung wurde wegen eingeklemmten Richter'schen Bruches laparotomirt (Lokalanästhesie, Darmresektion). 9 Tage ging Alles gut, die Wunde heilte, dann entwickelte sich plötzlich eine Psychose (Amentia Meynerti nach Korssakow's Klassifikation). Verf. schließt, dass hereditäre Belastung zur Entstehung der Psychose nöthig ist; ein gesunder Mensch braucht keine Operationspsychose zu fürchten. Wichtig ist ferner der Zustand des Pat. vor, während und nach der Operation (Unruhe, Operiren am wachen Pat.). Bei solchen hereditär belasteten Pat. ist es daher besser, unter allgemeiner Narkose zu operiren, um den psychischen Chok, der zur Entstehung der Psychose genügt, zu verhüten. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

22) P. Wulff. Über Spontangangrän jugendlicher Individuen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 478.)

W. hat im israelitischen Krankenhause zu Berlin zwei einschlägige Beobachtungen gemacht und hierüber im Berliner Chirurgenverein Vortrag gehalten, dessen Inhalt bereits p. 180 unseres Blattes im laufenden Jahrgange kurz referirt ist. Die vorliegende Veröffentlichung enthält außer den genauen Krankengeschichten eingehenden Bericht über die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Arterien und Abbildung zweier histologischer Präparate. Die an sich auffallend wenig dicken Gefäße zeichnen sich durch besonders starke Muscularisentwicklung aus, ein Verhalten, das W. auf abnorme Kontraktionszustände zurückzuführen geneigt ist. Auch die bekannte starke Schmerzhaftigkeit des Leidens ließe sich durch einen Angiospasmus recht wohl erklären. Ätiologisch wird nochmals hervorgehoben, dass die beiden betreffenden Pat. übermäßige Cigarrettenraucher waren. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

23) S. Matanowitsch. Zur Kasuistik der Spontangangrän.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

Anschließend an das kasuistische Material der Czerny'schen Klinik von 1890—1900 bespricht Verf. die verschiedenen Arten von Spontangangrän. 19 Fälle illustriren das Bild des angiosklerotischen Brandes, wovon 11 rein seniler, je 4 präseniler und diabetischer Art waren. 4 Fälle konnten auf Thrombose resp. Embolie zurückgeführt werden, also ebenfalls auf Erkrankungen des Gefäßsystems. Eine weitere Beobachtung giebt Verf. Gelegenheit, ausführlich auf die Raynaud-sche Gangrän einzugehen. Mit Weiss neigt er der Ansicht zu, dass sich das Auftreten des Brandes bei der Raynaud'schen Krankheit am leichtesten durch Zusammenwirken vasomotorischer und trophischer Störungen erklären lässt; dagegen möchte er nicht entscheiden, ob der Untergang des Gewebes durch das Ausbleiben eines direkt specifischen Nerveneinflusses oder durch eine Behinderung

der Blutcirkulation seitens der Gefäßnerven bedingt wird. — Den Schluss bilden 2 Fälle von Spontangangrän bei Kindern, von denen der eine in seiner Deutung unsicher blieb, während im anderen Lues als Ursache angenommen werden konnte.

Honsell (Tübingen).

24) **Villiger** (Basel). Zur Kasuistik des Tetanus traumaticus. Serumbehandlung.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900. No. 24.)

Ein 11jähriges Mädchen mit schwerer Form von Tetanus — in Rücksicht auf die kurze Inkubationszeit nach Verletzung am Fuße beim Barfußlaufen und auf die Starre — aber geringer Temperatursteigerung wird vom 3. Tage ab injicirt: 10 ccm Serum, antitoxischer Werth des Serums 1:2500000000 — französischer Messung. Es wurden innerhalb 12 Tagen 11 solche Injektionen gemacht; Narkotica wurden nicht verabreicht. Die Puls- und Athmungsfrequenz, die Anfälle und die Schweißsekretion nahmen sofort ab. Es trat ein scharlachartiges Exanthem auf. Die Krankheit verlief ohne Temperaturerhöhung bei konstantem subjektiven Hitzegefühl. Eigenthümlich war die plötzliche Lösung der Starre.

P. Stolper (Breslau).

25) **Achard.** L'injection intra-rachidienne de cocaïne dans le traitement de quelques affections douloureuses.

(Soc. de neurologie de Paris 1901. T. III.)

A. wandte die Cocaïnanästhesie des Rückenmarkes bei verschiedenen neuralgischen Affektionen mit gutem Erfolge an. Die ein- bis mehrmalige Injektion überstieg nie 1 cg Cocain. Bei hartnäckiger Ischias hielt die erzielte Schmerzlosigkeit noch 2—3 Tage nach der Injektion an. **Mohr** (Bielefeld).

26) **Hinterstoisser.** Aus dem Allgemeinen Krankenhause in Teschen. Jahresberichte der chirurgischen Abtheilung 1897—99.

(Selbstverlag.)

Der vorliegende Bericht umfasst den Zeitraum von 3 Jahren und beschränkt sich im Wesentlichen auf statistische Aufzählungen aller einzelnen Fälle. Nur einige größere operative Fälle und Verletzungen sind in Form von Krankengeschichten etwas ausführlicher mitgetheilt. Über die Narkosen hat ein Assistenzarzt Karell zusammenhängend berichtet. Danach wurden von 1895—99 2804 Narkosen ausgeführt, und zwar 1824 mit Chloroform, 863 mit Äther und 117 gemischte. Es kam ein Chloroformtodesfall an primärer Herzsynkope bei einem 54jährigen, an Hämorrhoiden leidenden Manne vor. Der Tod trat innerhalb 5 Minuten im Excitationsstadium ein nach Verbrauch von 4 ccm Chloroform. Die Autopsie ergab Myodegeneratio cordis, Dilatation des rechten Ventrikels, Hypertrophia excentrica ventriculi sinistri. Im Anschlusse an Äther wurden 3mal Bronchitiden beobachtet, die jedoch günstig verliefen. 2 Fälle von Pneumonie verliefen tödlich. Ein Mann von 45 Jahren bekam eine Stunde nach Amputatio cruris Schüttelfrost, lobäre Pneumonie beiderseits, Tod am 6. Tage. Eine 38jährige Frau erkrankte nach einer Laparotomie an doppelseitiger Bronchopneumonie und starb am 16. Tage. Verf. stellt als Kontraindikation für Äther lediglich nachweisbare Erkrankungen der Luftwege und Lungen und einige Operationen am Gesichte auf. Kröpfe wurden meist mit Cocain oder Schleich'scher Infiltrationsanästhesie operirt. Verf. fordert eine genaue Erhebung des Lungenbefundes, sorgfältige Aufbewahrung eines säure- und fuselfreien Äthers in dunkler, gut verschlossener Flasche.

Tschmarke (Magdeburg).

27) **Chiene.** Erfahrungen in Südafrika.

Übersicht über einen der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Edinburg am 5. December 1900 gegebenen Bericht.

(Scottish med. and surg. journ. 1901. Januar.)

C. hatte Gelegenheit, die 4 großen Krankenhäuser in der Nachbarschaft von Kapstadt zu sehen. Er spricht sich lobend über dieselben aus und glaubt auch

das in einem alten Gebäude untergebrachte, vielfach ungünstig beurtheilte von Woodstock nicht als »ungesund« bezeichnen zu dürfen. Außerordentlich anerkennend spricht er sich über die Hospital-Eisenbahnzüge aus, von denen 4 in Kapstadt und einer in Natal in Betrieb waren; eben so über die beiden in Durban ausgerüsteten, 1660 Betten enthaltenden Hospitalschiffe. Viele Verwundete mussten in gewöhnlichen Zügen transportirt werden; es war jedoch überall dafür gesorgt, dass unterwegs gekocht werden konnte, was den Verwundeten außerordentlich zu statten kam. Für die Überführung vom Zuge zum Hospital bewährten sich nach Angabe derjenigen Verwundeten, die Beides kennen gelernt hatten, Tragbaren viel besser als Wagen. Auf dem Schlachtfelde erwiesen sich die von den Buren benutzten Kapkarren den Ambulanzwagen überlegen.

Zur Narkose wurde meist Chloroform, seltener Äther verwandt. Unglücksfälle kamen nicht vor. Es war sehr auffällig, dass die während der Narkose, besonders aber die nach der Narkose beobachteten Störungen ganz geringfügig waren im Vergleiche zu den im gewöhnlichen Civildienste gemachten Erfahrungen. C. nimmt an, dass an eine Veränderung der Disposition des ganzen Nervensystems als Ursache zu denken sei. Auffallend war auch die widerstandslose Ergebung der Leute hinsichtlich der vorgeschlagenen Operationen, die vielfach geradezu den Eindruck eines »chronischen Choks« machte. Die an Sepsis und die an Dysenterie erkrankten Leute zeigten durchweg tiefe Entmuthigung mit dem Wunsche, in die Heimath zurückbefördert zu werden, während bei den Anderen Kampflust vorherrschend war.

Die Anwendung der X-Strahlen war von großem Nutzen zur Auffindung von Geschossen in den Extremitäten, weniger beim Rückgrat; bei Beckenschüssen gab die Rectaluntersuchung bessere Resultate.

Die Schusswunden zeigten bei Schüssen aus der Nähe (bis 375 m) viel zerrissenere Schusskanäle als bei Schüssen aus größerer Entfernung. Einige Fälle von Kopfschüssen mit starker Knochen- und Gehirnzertrümmerung glaubt C. auf die Verwendung von Expansionsgeschossen zurückführen zu müssen. Dagegen zeigte sich, dass die Farbe der vielfach für vergiftet gehaltenen »grünen« Geschosse auf Kupfergehalt des Nickelmantels beruhte.

C. erwähnt, dass die Gehirnvorfälle besser heilten, als es seiner sonstigen Erfahrung entsprach, und schiebt das auf die Verminderung des Schädeldruckes in Folge der meist größeren Knochenöffnungen. Darin würde ein Fingerzeig für die Behandlung bei kleinerer Knochenöffnung gegeben sein. Eine von Dr. L. Irving eingeführte Behandlungsmethode mit 5—25%igem Formalin hat sich gut bewährt. Verschiedene schwere Gehirnschüsse kamen zu vollkommener Heilung.

Bei Aneurysma arteriovenosum zwischen Carotis und Jujularis interna erwies sich die Unterbindung des zuführenden Arterienstammes als am zweckmäßigsten, während an den Extremitäten meist Freilegung und Unterbindung beider Gefäße oberhalb und unterhalb nützlicher war.

Von Interesse war ein Fall, bei dem ein Geschoss den Hals von einer Seite zur anderen durchschlagen hatte, und zwar hinter der Luftröhre und wahrscheinlich durch die Speiseröhre. Es hatte sich eine pulsirende Geschwulst so dicht oberhalb des Schlüsselbeines gebildet, dass eine Unterbindung unterlassen wurde. Der Mann bekam dann Typhus und wurde nach Hause geschickt. C. erkundigte sich später nach ihm und erfuhr, dass er »kürzlich über einen 6 Fuß hohen Wall« gesprungen sei.

Bei Lungenschüssen fehlte oft jede Spur von Blutspeien. Doch kam auch häufig Hämothorax zur Beobachtung, in Folge Verletzung von Interkostalarterien. Die meisten Ärzte hatten den Eindruck, dass bei verzögerter Aufsaugung eine Aspiration günstig wirke. Fieber wurde vielfach als ein Zeichen beginnender Aufsaugung angesehen; es würde sich um eine dem aseptischen Fieber nach größeren Operationen analoge Erscheinung handeln. Empyem kam selten vor.

In einigen Fällen von glücklich verlaufenen Brustschüssen glaubt C. aus der Lage der Einschuss- und Ausschussöffnung unbedingt schließen zu müssen, dass das Geschoss durch das Herz gegangen sei. Bauchschüsse heilten in mehreren

Fällen ohne Operation, so dass C. die Frage, ob man bei diesen Fällen operiren solle oder nicht, offen lassen zu müssen meint.

Als Folgekrankheit nach Ruhr kamen vielfach Leberabscesse in Behandlung. Wenn die von hinten vorgenommene Punktion Eiter ergab, so wurde Rippenresektion und recht ausgiebige Drainage mit gutem Erfolge angewandt.

C. schließt mit einer lobenden Anerkennung der Thätigkeit der Civilärzte in diesem Feldzuge. **W. Schultz** (Kiel).

28) **S. O. Ssamochotzki.** Methodische Drainage des kleinen Beckens durch künstlich angelegte Öffnungen im Beckendiaphragma bei diffuser Eiterung des Beckenzellgewebes.

(Annalen der russ. Chirurgie 1900. Hft. 6.)

Pat., 50 Jahre alt, leidet seit 24 Jahren an Hämorrhoidalblutungen, seit 10 Jahren an paraproktitischen Abscessen. Vor 2 Wochen entstand ein neuer Abscess, der, wohl auf metastatischem Wege, das Beckendiaphragma überschritt. Pat. wird in äußerst schlechtem Zustande eingeliefert. Freilegung des prävesikalen Raumes, der viel gangränösen Eiter mit Fetzen entleert; dann 2 Schnitte in den ischio-rektalen Falten vom M. transversus perinei bis zum Glutaeus magnus; nun werden 2 Drainröhren von der vorderen Wunde in die hinteren durch das Beckendiaphragma durchgeführt. Täglich Spülung, Silbersalze. Nach Abstoßung vieler brandiger Fetzen — Heilung. Die Methode wird von S. warm empfohlen. Zum Schlusse wird ein zweiter Fall von Beckeneiterung nach Fall von einem Wagen beschrieben: Fraktur des Os pubis rechts an 2 Stellen mit Depression ins Becken, jauchige Phlegmone des Beckenzellgewebes. Schnitt vorn, Tod nach 3 Tagen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

29) **Kullmann und Wassidlo.** Modificirtes Valentine'sches Urethroskop.

(Centralbl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 1.)

30) **N. Nicolai.** Ein Beitrag zur Verbesserung der Urethroskopie nach Nitze-Oberländer.

(Ibid. Hft. 2.)

Beide Mittheilungen betreffen die Beleuchtung des Nitze-Oberländerschen Urethroskopes.

K. und W. benutzen hierzu eine kleine, von Valentine zuerst angegebene Glühlampe, welche in den Tubus gebracht und in ihm durch einen passenden Handgriff befestigt wird. Kühlung soll nicht nothwendig sein, doch fühlen sich Verff. veranlasst, zur Vorsicht zu mahnen, »da es bisher noch nicht möglich war, die Lampen regelmäßig so zu liefern, dass ihre Wärmeproduktion ignorirt werden kann«.

N. hingegen benutzt ein neues, vielleicht noch auf anderen Gebieten der Medicin verwendbares Princip — mit Thoroxyd überzogene, durch den elektrischen Strom glühend gemachte Platinschlingen. Dieselben geben (ähnlich dem Auerschen Strumpfe) ein weniger heißes, aber viel stärkeres und weißeres Licht, als gewöhnlicher Platindraht; auch sind sie starrer als letzterer und senken sich nicht. Kühlung ist nothwendig. **Brunner** (Zürich).

31) **R. Bernhardt.** Der Bacillus pyocyaneus in den Harnwegen.

(Gaz. lekarska 1900. No. 6 u. 7.)

Verf. gelang der Nachweis des Bacillus pyocyaneus in einem tödlichen Falle von Cystopyelonephritis sowohl in dem zu Lebzeiten gelassenen Urin, als auch während der Sektion in den zahlreichen Nierenabscessen. Die aus denselben gezüchteten Kulturen wurden Meerschweinchen in die Blase injicirt, nach einiger Zeit aber ohne jede Reaktion von dem Thiere eliminirt. Wurde aber die Blase der Thiere zuvor durch Sublimatinjektionen irritirt, und dann erst die Pyocyaneus-

kultur injicirt, so wurden die Thiere sichtlich krank, und die Untersuchung der Blase nach Tödtung des Thieres ergab darin das Vorhandensein von Pyocyaneusbacillen.

Verf. erklärt das Vorhandensein des Pyocyaneus in dem beschriebenen Falle als Mischinfektion; die ursprünglichen Krankheitserreger — die Eiterkokken — waren verschwunden, auf dem Boden ihrer Wirksamkeit hat sich der Pyocyaneus etablirt.

Trzebicky (Krakau).

32) F. Schlagintweit. Ein neuer Prostataincisor. — Der Psychrophorkatheter. — Katheter mit Obturatoren. — Verbesserung an meinem Kathetercystoskop.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 2.)

Von den in der Überschrift genannten neuen Instrumenten seien das erste und das letzte erwähnt, weil sie unter der großen Menge ähnlicher Erfindungen praktischen Werth haben dürften.

S. hat den Bottini'schen Incisor mit einer pistolengriffähnlichen Handhabe versehen, die es ermöglicht, das Instrument sicher festzuhalten. Die Bewegung des Messers geschieht wie bei laryngologischen Instrumenten durch Anziehen eines Ringes mit dem Zeigefinger. Bei Nachlass des Zuges führt eine Feder das Messer wieder in seine Nische zurück. Man kann mit dem Instrumente die Prostata sehr fest anhaken und während des Schneidens mit der anderen Hand im After touchiren.

Sein Kathetercystoskop (siehe Centralblatt f. Chirurgie 1900 p. 484) hat S. verbessert durch Anbringen eines seitlichen Ausflusses, in welchen ein Zweiweghahn eingesteckt werden kann, der die Ausspülung der Blase äußerst bequem macht.

Brunner (Zürich).

33) A. König (Wiesbaden). Beitrag zur Bottini'schen Discision der Prostata.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat die Operation 21mal ausgeführt, 1mal bei chronischer Prostatitis auf Wunsch des Pat. (eines Arztes) mit gutem Erfolge, 1mal in Folge Fehldiagnose bei Carcinom der Prostata (Tod) und 19mal bei Prostatahypertrophie. Von den letzteren Fällen sind 11 geheilt, 4 gebessert, 2 ungeheilt und 2 gestorben. Der tödliche Ausgang ereignete sich in einem Falle ca. 7 Wochen nach der Operation an immer sich wiederholenden Blutungen; im anderen Falle war ein vorderer Schnitt ausgeführt und hierbei die Blase durchschnitten worden. Es bildete sich ein Abscess im Cavum Retzii und daran anschließend Septhämie. Verf. räth desshalb von diesem Schnitte ab.

Brunner (Zürich).

34) F. Pendl. Demonstration einer nach Maydl radikal operirten Blasenektopie.

Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 16. November 1900.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 47.)

7jähriger Knabe mit Blasenektopie, die vor 3 Jahren mittels Plastik vergeblich angegangen war. Vorliegende Blasenschleimhaut etwa thalergroß, erodirt, Symphyse klafft 3fingerbreit, totale Epispadie.

Lospräparirung der Blase, nach Sicherung der Harnleiter durch Einlegen feiner Sonden. Resektion des überflüssigen Blasentheiles bis auf ein 5 mm breites und $1^1/_2$ cm langes Stück, in welches die Harnleiter einmünden. Erst hiernach Eröffnung des Peritoneums (wegen des Ekzems der Haut und der belegten Erosionen) vom oberen Wundwinkel aus. Längsschnitt in die Flexura sigmoidea. In diesen der Quere nach vorgezogenen Spalt Implantation des Blasenrestes mit dem Harnleiter. Die Nahtstelle blieb zum größten Theile extraperitoneal an der Spitze des zurückbleibenden Wundtrichters liegen.

In den ersten Tagen kontinuirlicher Urinabgang durch den After. Erst nach 8 Wochen ist Pat. 3—4 Stunden völlig kontinent.

Bezüglich der Erfolge des Maydl'schen Verfahrens ergeben sich aus einer neueren Statistik von Mazel 87,5% Heilungen. Diese Statistik entkräftet auch die Befürchtungen über die Gefahr der Infektion des harnleitenden Apparates. Der Klappenapparat der Harnleiter und der Umstand, dass die Vernarbungsvorgänge sich nicht unmittelbar an der Einmündungsstelle des Harnleiters abspielen, scheinen die Infektion zu erschweren.

In der Diskussion berichtet R. Frank über einen vor 2 Jahren demonstrirten, gleichfalls nach Maydl operirten Fall, von dem er günstige Nachrichten mittheilen kann. Der Pat. geht seinem Berufe nach und hat 5—6 Stunden völlige Kontinenz bei völligem Wohlbefinden. **Hübener** (Dresden).

35) **R. Faltin.** Ein Fall von Gangrän der vorderen Blasenwand nach Trauma (ohne Beckenfraktur).

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLII. p. 649.)

Ein 53jähriger trunkener Bauer war mit dem Wagen umgeworfen. Als er von den Vorbeifahrenden aufgenommen wurde, konnte er unbehindert gehen, fühlte aber starke Schmerzen rechts oberhalb der Symphyse. 20 Stunden nach dem Unfalle wurde er in die Klinik zu Helsingfors aufgenommen. In welcher Weise das Trauma ihn getroffen hatte, konnte er sich nicht erinnern. Es bestand totale Harnverhaltung bei heftigem Drängen.

Bei der Untersuchung konnte man die Abwesenheit einer Beckenfraktur konstatiren. Der Katheter passirte mit Leichtigkeit und entleerte eine erhebliche (leider nicht gemessene) Menge blutgemischten Harnes. Nach 2tägiger Katheterisirung spontane Harnentleerung. Temperatur und Puls stiegen aber, und nach weiteren 3 Tagen veranlasste der peinliche Harndrang erneutes Einführen des Katheters, der sehr inficirten, blutigen Urin entleerte, welcher mit rothen Blutkörperchen Staphylokokken und Diplokokken in kurzen Ketten enthielt. (In den Kulturen entwickelte sich ein weißer, verflüssigender Staphylococcus und ein großer, ovaler Streptococcus, welcher Bouillon trübte und kräftiges Wachsthum auf Gelatinestichkulturen zeigte.) — Am 8. Krankheitstage wurde die Sectio alta gemacht und dabei die vordere Blasenwand in erheblicher Ausdehnung gangränös gefunden. Die Wunde konnte nach der Entfernung der gangränösen Fetzen nicht völlig geschlossen werden. (Während der Operation wurde aus einer Armvene eine Blutprobe entnommen; sowohl aus ihr wie dem Urin wuchsen die obengenannten Staphylokokken und Streptokokken.) — Am 16. Tage starb Pat. Bei der Sektion fand man eine eitrige Infiltration des Bindegewebes und der Muskeln bis an den Nabel hinauf, des retroperitonealen und des perirectalen Bindegewebes. Der größere Theil der vorderen Blasenwand fehlte. In der rechten Lunge Pneumonie.

Verf. stellt in der Epikrise die bisher veröffentlichten Fälle von Gangrän der Blase zusammen. Am häufigsten wird sie bei Weibern angetroffen, bei Männern sehr selten.

Verf. redet der frühzeitigen Epicystotomie das Wort. Der tödliche Ausgang seines Falles hätte wahrscheinlich vermieden werden können, wenn der Blasenschnitt eine Woche früher gemacht worden wäre. **Hansson** (Cimbrishamn).

36) **Reynolds.** A case of vesical implantation of the ureter by Dudleys forceps: method after the failure of several plastics.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 4.)

Das Verfahren besteht darin, dass nach Befreiung des Harnleiterendes aus dem Narbengewebe von der Scheide aus ein kleiner Schlitz in die Blasenwand gemacht wird, dessen Ränder durch 2 Arterienklemmen mit feiner Spitze zur Anlagerung an den Harnleiter gebracht werden. Die Klemmen werden durch die Harnröhre eingeführt, eine Branche fasst die Blasenwand, auf die andere wird der Harnleiter hinaufgeschoben, dann werden sie geschlossen. Im vorliegenden

Falle trat vollkommener Erfolg ein nach 2 vergeblichen Plastiken. Cystoskopisch fand sich eine neue, feine Harnleiteröffnung, nur geringe Blasenreizung, obwohl die Klemmen 20 Tage (!) in der Blase gelegen hatten. Der Urin war Anfangs stark eiterhaltig und zersetzt, in geringem Grade auch schon vor der Operation. Die verhältnismäßig geringe Blasenreizung hält Verf. nicht für die Regel. Sein Hauptbedenken, dass durch den Druck auf die Wundränder Gangrän und danach eine weite Öffnung an Stelle der Harnleitermündung eintrete, ist nicht eingetroffen. Als großen Vortheil des Verfahrens sieht er die breite Aneinanderlagerung von Blasenwand und Harnleiter an. **Trapp** (Bückeburg).

37) **Routier.** Opération césarienne rendue nécessaire par une uretéro-cysto-néostomie antérieure.

(Indép. méd. 1901. No. 9.)

Wegen einer linksseitigen nach forcirter Zangenentbindung aufgetretenen Uretero-Vaginalfistel wurde bei der betreffenden Pat. vor 2 Jahren die Uretero-Cysto-Neostomie ausgeführt. Der Harnleiter war sehr erweitert, der Erfolg der Operation vollkommen. 1 Jahr später war wieder Schwangerschaft eingetreten, gegen deren Ende wegen Beckenenge der Kaiserschnitt mit nachfolgender Totalexstirpation (lebendes Kind) ausgeführt wurde. Dabei zeigte sich, dass der früher erweiterte Harnleiter wieder zur Norm sich verengt hatte.

Mohr (Bielefeld).

38) **H. Aue.** Zur Chirurgie der Nieren. 2 Fälle von Nephrolithiasis.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 288. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1901.)

In dem Vortrage und den Operationsgeschichten der 2 Fälle von mit Eiterung bezw. in dem einen mit Sepsis komplicirter Nephrolithiasis interessiren vor Allem die Art der Operation und die bei dieser erhobenen Befunde. Erstere wurde mittels schrägen extraperitonealen Lendenschnitten und Spaltung der Nieren längs ihren konvexem Rande ausgeführt, nach Entfernung des bei dem einen Pat. 50, bei dem anderen 108 g schweren Steines die Nierenwunde nicht vernäht, sondern locker tamponirt. Bemerkenswerth ist, dass in letzterem Falle der große Stein, ein Phosphat mit Adern von oxalsaurem Kalke, durch Röntgographie nicht nachzuweisen gewesen war, ferner, dass in dem ersten 2 Tage p. op. an Sepsis und Urämie tödlich verlaufenen die andere Niere ganz unentwickelt gefunden wurde; der in diesem Falle entleerte Eiter enthielt außer Staphylococcus aureus auch Bacterium coli. **Kramer** (Glogau).

39) **J. C. Dzirne.** Zur Behandlung der Nephrolithiasis, Hydro- und Pyonephrose.

(Annalen der russ. Chirurgie 1900. Hft. 4 u. 6.)

Nach einer ausführlichen Schilderung der oben genannten Krankheiten bringt D. 17 eigene Fälle. 4mal waren es Nierensteine, davon 2 mit Pyonephrose, 1 mit Pyelitis und Abscessus perinephriticus. Dieser letztere Fall endete tödlich in Folge Blutung aus einem Magencarcinom, die anderen 3 genasen, 1 mit Fistel. 3mal wurde die Wunde offen gelassen, 1mal die Niere genäht; 2mal wurde die Niere durchschnitten, 2mal der Nierenkelch. — 2mal perforirte ein Leberechinococcus in einen pyonephrotischen Sack, beide — sehr schwere Fälle — genasen nach Pyelotomie (1 Fall mit Echinokokkotomie). 2 Fälle von unkomplicirter Pyonephrose, beide genasen; 7 Fälle waren mit Pyonephrose komplicirt, davon starb ein Pat. an Anurie mit Urämie; eine Woche vor dem Tode entwickelte sich eine komplete Psychose; die Anurie war wohl reflektorischer Natur. Wenn man von den 2 Todesfällen absieht, die bald nach der Operation stattfanden, so wurden von 13 Niereneröffnungen 3 mit Fisteln entlassen. — Die beiden letzten Fälle betrafen eine Nierenneuralgie — Bloßlegung der Niere, Heilung — und eine Wanderniere, komplicirt mit Darminvagination; Nephropexie rechts, Besserung; ein paar Tage später neue Schmerzen nach unvorsichtiger Bewegung; die beiden oberen Nähte

sind durchgerissen, werden wieder angelegt. Der Tumor im Abdomen bleibt, wird für die linke Niere gehalten, daher letztere freigelegt und an normaler Stelle gefunden. Nun Laparotomie; man findet eine Invagination des Colon ascendens ins transversum, 17 cm lang. Es gelang, den Darm zu lösen. Heilung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

40) D. Pupovac. Zur Kasuistik der Penissarkome.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 586.)

Ein Fall aus der II. chirurgischen Klinik in Wien. 47jähriger Mann, der seine Penisgeschwulst zuerst vor einem halben Jahre bemerkt hatte. Dieselbe saß damals rechterseits in der Pars pendula, war 4 cm lang, hart, bandförmig, nicht schmerzhaft und weder beim Uriniren noch beim Coïtus hinderlich. Bei der Aufnahme spindelförmige Geschwulst der Schwellkörper, weich elastisch, Harnröhre frei, Leistendrüsen aber beiderseitig inficirt. Die Operation bestand in hoher Penisamputation und Ausräumung der Leistendrüsen beiderseits, woran, da auch Schwellung der Retroperitonealdrüsen gefühlt wurde, die Laparotomie nebst Exstirpation der Drüsen entlang der Aorta geschlossen wurde. Es folgt frequenter Puls, andauerndes Erbrechen, partielles Aufplatzen der Bauchnaht, die nochmals angelegt werden muss. Tod an Peritonitis.

Die Neubildung wird näher beschrieben — vgl. 4 Abbildungen. Es handelte sich um ein Rundzellensarkom, ausgegangen von den Schwellkörpern, welches die Albuginea stellenweise durchbrochen hatte. Innere Metastasen fehlten. Das Weiterkriechen der Geschwulst scheint nur auf dem Wege der Spalten der Trabekel vor sich gegangen zu sein, ähnlich wie Küttner das für das Peniscarcinom beschrieben hat. Es scheint also im Anfange ein ganz lokalisirtes Leiden gewesen zu sein.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) N. B. Carson. The removal of the seminal vesicle.

(Transactions of the American surgical association Vol. 18.)
Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

C. ist der Ansicht, dass manche Erkrankungen, welche als Prostatitis und Urethritis posterior vergeblich behandelt werden, ihren Sitz in den Samenblasen haben, und dass die Entzündung derselben nicht specifischer, d. h. gonorrhoischer, Natur zu sein braucht. Für die Operation an den Samenblasen hat sich ihm der sacrale Weg als der gangbarste erwiesen. Folgende 2 Fälle hat er operirt:

1) 30jähriger verheiratheter Farmer, der stets gesund war, bis er vor 3 Monaten eine Gonorrhoe erwarb. Nach einmonatlicher vergeblicher Behandlung mit Injektionen und inneren Mitteln Fröste, Fieber und Schweiße.

Beim Eintritt ins Hospital, 3. Januar 1899, septisches Fieber, Schwellung des linken Nebenhodens, Fistel links neben dem Scrotum am Damme, die Eiter und Urin entleert. Urin kommt auch aus dem Mastdarme. Untersuchung per rectum ergiebt ausgedehnte Infiltration oberhalb der Prostata, deren oberer Rand nicht zu erreichen ist. An der vorderen Mastdarmwand bohnengroße Öffnung, die auf Druck Eiter und Urin entleert. Prostata nur wenig vergrößert. Diagnose: Abscess der Samenblase, in Blase und Mastdarm durchgebrochen.

Perineale Operation nach Zuckerkandl, die zwar freie Drainage und Schluss der Mastdarmöffnung gestattet, aber die Exstirpation der Samenblase auf diesem Wege wegen der Induration der Gewebe unmöglich erscheinen lässt. Ausdehnung der Höhle und Öffnung in der Blase nicht festzustellen. Perinealwunde heilt bis auf die Drainstelle, Mastdarmfistel öffnet sich wieder und secernirt wie vorher. Im Mai abermals Operation an dem wiederum septischen Pat., diesmal nach Rydygier. Kolossale Abscesshöhle freigelegt, die sich an der Blase entlang erstreckt und sich in den Darm öffnet. An der Vorderseite der Blase führt ein Fistelgang auf ihre andere Seite herum. Naht der Mastdarmfistel und Drainage.

In einer 3. Sitzung Gegenöffnung in der Leiste; beim Versuche, die Öffnung in der Blase zu finden, wird diese in dem erweichten Gewebe verletzt. Heberdrainage der Blase.

Die Mastdarmfistel heilte nach der 2. Operation aus, allmählich nach der 3. auch die Perinealfistel. Pat. wurde mit der Blasenfistel entlassen und seitdem nicht wiedergesehen.

2) 22jähriger, verheiratheter Mann, litt mit 18 Jahren an Urethritis, die chronisch wurde, wurde mit tiefen Injektionen, Bougies und Trennung von Strikturen erfolglos behandelt, bis er nach einem Excess in Baccho mit reichlichem Ausfluss, Schmerz im Blasenhalse, Darme und Hoden, Tenesmus und häufiger Miktion von Neuem erkrankte, wogegen er heiße Blasenspülungen und Opiate anwandte. Er kam 5 Wochen nach Beginn dieses Anfalles in Behandlung. Prostata war etwas vergrößert, links mehr als rechts. Linke Samenblase und Ampulle vergrößert, perivesikuläre Induration über eigroß.

Ampulle und Samenblase werden ausgedrückt; die Besserung danach ist so wesentlich, dass Pat., trotz der damit verbundenen Schmerzen, bald die Wiederholung des Eingriffs verlangt. Später erkrankt die Epididymis, und es treten septische Symptome auf.

Nach Rydygier's Methode werden Samenblase und Vas deferens bis nahe zum Harnleiter exstirpirt. Gute Heilung. Urin enthielt Albumen, Eiter, Epithelien, wenige rothe und weiße Blutkörperchen, wenige degenerirte Spermatozoen und Bacterium coli, dagegen niemals Gonokokken oder Tuberkelbacillen. Mit Urinsediment geimpftes Meerschweinchen geht an Peritonitis zu Grunde, Kulturen ergeben nur Bacterium coli. **R. v. Hippel** (Dresden).

42) **F. Gross.** Zur Kasuistik der Darmlipome.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 46.)

In den letzten 40 Jahren sind 23 Fälle von Darmlipomen beschrieben, die ausnahmslos an Erwachsenen beobachtet wurden. Bezüglich des Sitzes derselben sind in 18 Fällen Angaben vorhanden: 1mal im Magen, 1mal im Duodenum, 4mal im Jejunum und Ileum, 12mal im Dickdarme.

Die äußeren sind von geringerem Interesse, es sei denn, dass durch einen langen Stiel eines subserösen Lipoms Volvulus oder Knickung einer Darmschlinge zu Stande kommt. Wichtiger sind die inneren, die stets solitär auftreten (mit Ausnahme eines Falles). Sie können durch Stielnekrose frei werden, so dass es zu Selbstheilung kommt. Häufiger kommt es zur Invagination oder Ileus. Unter den 20 Fällen inneren Sitzes fand Hiller 9mal Invaginationen. Die Diagnose wird selten gestellt, abgesehen von Fällen, in denen das Lipom durch den Mastdarm sicht — oder tastbar geworden ist.

Der mitgetheilte, im Linzer Krankenhause operirte Fall ist folgender:

47jährige Pat. wurde vor $1\frac{1}{2}$ Jahren wegen Leistenbruches einer Radikaloperation nach Bassini unterzogen. 14 Tage vor dem Eintritt ins Spital erkrankt er an krampfartigen, periodisch auftretenden Schmerzen in der unteren Bauchhälfte; bald bemerkte er eine Geschwulst im Leibe, die auf starkes Drücken eben so wie die Schmerzen verschwand. Dieselbe war nur während der Schmerzanfälle bemerkbar. Durch Druck auf dieselbe konnte Pat. die Schmerzen häufig unterdrücken. Pat. verglich seinen Zustand mit der Einklemmung eines Bruches, worüber er von früher vor der Bassini'schen Operation Erfahrungen hatte.

Bei der Untersuchung ist zwischen Nabel und linkem Rippenbogen eine 10 bis 12 cm lange Resistenz zu fühlen, die weiterhin nicht immer nachzuweisen war. — Bei der Operation wurde die Geschwulst in der Gegend zwischen Milz und Pankreas gefunden, sie gehörte der linken Hälfte des Colon transversum an und konnte innerhalb des sonst normalen Darmrohres leicht hin und her geschoben werden. Nach Eröffnung des Darmes ließ sich die ungefähr hühnereigroße, meist mit rother Schleimhaut überzogene Geschwulst leicht hervordrängen und an dem mesenterialwärts sitzenden Stiele abtragen. Naht der Schleimhautwunde. Verschluss des Darmes. Heilung.

Von diagnostischem Interesse ist die aus der Anamnese hervorgehende Thatsache, dass die unter dem Gefühle der Brucheinklemmung auftretenden Kolik-

schmerzen auf die Invagination des am Lipom hängenden Darmstückes Bezug haben, während die durch den Druck von außen bewirkte Zurückschiebung des Lipoms Behebung der Invagination und der Kolikschmerzen bewirkte.

Hübener (Dresden).

43) **G. Starck.** Zwei Fälle cystischer Pankreasgeschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

Verf. berichtet über folgende Beobachtungen:

1) Bei einer 47jährigen Frau fand sich im linken Epigastrium eine fluktuirende Geschwulst, die sich durch Druck reponiren ließ und zeitweise wieder zum Vorschein kam. Bei der Operation wurde die vom Lig. gastrocolic. bedeckte Cyste nach Vernähung der Peritonealblätter ausgelöst, wobei sich ein inniger Zusammenhang derselben mit dem Pankreas ergab. Nach der anatomischen Untersuchung handelte es sich um eine Proliferationscyste des Pankreas, die in ihrem Bau den papillären Ovarialkystomen entsprach.

2) Eine 29jährige Frau leidet seit 5 Jahren an einer Geschwulst unterhalb des Nabels. Seit einigen Tagen peritonitische Symptome. Exstirpation einer 2faustgroßen, zwischen Magen und Colon transversum gelegenen Geschwulst, wobei je ein Stück des Magens und des Colons mit entfernt werden muss. Tod am nächsten Tage. Mikroskopische Untersuchung: primäres Sarkom des Pankreas.

Anschließend werden Pathologie, klinisches Bild und Therapie der Pankreastumoren kurz besprochen. **Honsell** (Tübingen).

Die Atropin-Morphin-Äthernarkose.

Von

*Dr. **Reinhard.***

Auf die Ausführungen des Herrn Dr. Braun in No. 17 dieses Centralblattes habe ich Folgendes zu erwidern.

Der von uns gebrauchte Äther ist der Aether purissimum pro narcosi Schering, der dem Merck'schen Fabrikate wohl in keiner Weise nachsteht.

Die von uns benutzte Maske ist die vielgebrauchte Juillard'sche, jedoch will ich ausdrücklich bemerken, dass wir nicht die Erstickungsmethode anwenden, sondern, mit kleinen Dosen beginnend, die Pat. erst an das Narkoticum gewöhnen.

Herrn Dr. Braun berichtet, dass seine Pat. bis zum Eintritte der Toleranz in der Regel mit Chloroform betäubt werden, dann erst wird mit Äther fortgefahren, er hat also die gemischte Chloroform-Äthernarkose im Sinne, während in meinen Ausführungen selbstverständlich immer nur die reine Äthernarkose gemeint war.

Dass Atropin »kein ganz harmloses Mittel« ist, ist bekannt. Es giebt ja noch sehr viele Mittel, die »nicht ganz harmlos« sind, die wir aber doch anwenden, wo es uns rathsam erscheint.

Übrigens sind auch die von mir vorgeschlagenen und angewandten Dosen wesentlich geringer als die bei Ileus empfohlenen und angewandten, bei denen Herr Dr. Braun die Intoxikation gesehen hat.

Außerdem ist ja in der von mir angegebenen Lösung neben dem Atropin zugleich dessen Gegengift Morphin vorhanden, die Gefahr einer Intoxikation also, wie auch unsere Resultate beweisen, kaum zu fürchten.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. Sonnabend, den 1. Juni. 1901.

Inhalt: I. **E. Becker,** Zur Äthernarkose. — II. **W. Kausch,** Cucullarisdefekt als Ursache des kongenitalen Hochstandes der Scapula. (Original-Mittheilungen.)

1) **Scherck,** Gonorrhoe. — 2) **Mayer,** Gelenkrheumatismus. — 3) **Maillard,** Pseudorheumatismus. — 4) **Maass,** Störungen des Knochenwachsthums. — 5) **Rossi,** Zur Heilung der Knochenbrüche. — 6) **Delbet,** Sterilisation der Hände. — 7) **Wilms,** Tetanus. — 8) **François,** 9) **Minin,** Phototherapie. — 10) **Young,** Formaldehyd. — 11) **Bates,** Nebennierenextrakt als Blutstillungsmittel. — 12) **del Greco,** Präventive Blutabsperrung. — 13) **Lambertz,** 14) **Walter,** Skiaskopie. — 15) **Ehrenfest,** 16) **Bainbridge,** Medullarnarkose. — 17) **Kirchmayr,** Sehnenzerreißung. — 18) **Mundell,** Zur Handgelenkstuberkulose. — 19) **Kirmisson,** Distensionsluxation der Hüfte. — 20) **Grisel,** Rachitische Verkrümmungen.

Kellner, Ein Fall von Trichosis lumbalis mit Spina bifida occulta.

21) **Thöle,** Äthernarkose. — 22) **Patel,** Chinin gegen Lymphadenie. — 23) **Moreau,** Wasserstoffsuperoxyd. — 24) **Bertrand,** Gonokokken im Blut. — 25) **Hallé,** 26) **Baur,** Gonorrhoische Gelenkentzündung. — 27) **Debaisieux,** Gelenkhydrops. — 28) **Bender,** Ankylosirende Wirbelsäulenentzündung. — 29) **Mertens,** Syringomyelie. — 30) **Sick,** Wirbelsarkom. — 31) **Lorenz,** Bruch des Tub. min. humeri. — 32) **Vegas** und **Aguilas,** Sehnentransplantation. — 33) **Cotterill,** Knochenhypertrophie nach Hüftexartikulation wegen Sarkom. — 34) **Boinet,** Makrodaktylie. — 35) **Grünfeld,** Riesenwuchs. — 36) **Friedrich,** Entwicklungsanomalie. — 37) **Brod,** Daumenverrenkung. — 38) **Lessing,** Sehnenriss. — 39) **Amson,** Hüftverrenkung. — 40) **Sudeck,** Coxa vara. — 41) **Delore,** Knievereiterung. — 42) **Ballenghien,** Kniewasser. — 43) **Berger,** Exstirpation der Kniescheibe. — 44) **Porter,** Kniescheibenbruch. — 45) **Hildebrand,** Luxatio sub talo. — — 46) **Czarnecki,** Aneurysma der A. fem. — 47) **Herz,** Resektion der V. saphena.

Kronacher, Berichtigung.

I.

(Aus dem städtischen Krankenhause zu Hildesheim.)

Zur Äthernarkose.

Von

Dr. **Ernst Becker,** Oberarzt.

Von jeher ist mit dem Begriffe der »Äthernarkose« derjenige der »Lungenkomplikation« unzertrennlich verbunden gewesen. Nicht ganz mit Recht. Denn schon Gurlt[1] wies nach, dass auch dem

[1] Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1897. II. p. 205.

Chloroform mehrere Fälle von Pneumonie zur Last zu legen waren, und die letzte englische Statistik[2] spricht sich ungemein günstig gerade für die Äthernarkose aus. Immerhin muss es unser Bestreben sein, Lungenkomplikationen möglichst zu verhüten.

Dass diese Störungen aber nicht immer auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind, hat zuerst wohl überzeugend Gerulanos[3] nachgewiesen und dabei klar gelegt, dass folgerichtig auch unsere prophylaktischen und therapeutischen Bestrebungen verschiedenartig gestaltet werden müssen. Bei der Äthernarkose findet nun bekanntlich vielfach in Luftröhre und Bronchien eine starke Schleimabsonderung statt, die das Athmen schwer und röchelnd macht, mag nun der aspirirte Mundschleim oder der Reiz des Äthers selbst oder die Einwirkung etwaiger durch Luft und Licht hervorgerufener Zersetzungsprodukte des Äthers (Bruns) Schuld daran sein. Wenn nun dagegen (Reinhard) empfohlen hat[4], etwa eine Stunde vor der Narkose dem Kranken Atropin subkutan zu injiciren, so halte ich doch die Verabfolgung dies gefährlichen Giftes mit Anderen (Braun) für nicht ganz unbedenklich.

Seit mehr als Jahresfrist habe ich nun bei fast ausschließlicher Anwendung von Äthernarkosen ein Verfahren angewandt, das ich, da es sich als zweckmäßig und nutzbringend erwiesen hat, den Fachgenossen empfehlen kann. Ich ging nämlich von dem Gedanken aus, dass es ein Mittel geben müsse, welches die Schleimsekretion der Respirationswege herabsetze, ohne — wie das Atropin — irgend welche anderen giftigen oder schädlichen Einwirkungen auf den menschlichen Körper auszuüben, und welches event. sogar geeignet wäre, bereits vorhandene Bronchitiden günstig zu beeinflussen oder eine hemmende Wirkung auf die dem aspirirten Mundsekrete beigemischten Gärungs- und Fäulnisprocesse auszuüben.

Derartige Mittel besitzen wir in den zu den Benzolderivaten gehörenden flüchtigen, ätherischen Ölen, speciell in der sauerstofffreien Gruppe derselben, den Terpenen. Ich nenne insbesondere das Terpentinöl und das Latschenöl.

Die von Rossbach[5] angestellten Thierversuche beweisen das. Wenn man nämlich auf eine begrenzte Stelle der Trachealschleimhaut Luft, die vorher durch ein Glas mit Terpentinöl geleitet worden und demnach mit Terpentindämpfen möglichst vollgeladen war, aufblies, so nahm die Schleimabsonderung immer mehr ab, hörte schließlich ganz auf, und die Schleimhaut wurde an der betreffenden Stelle ganz trocken; sobald man mit den Anblasungen aufhörte, begann die Schleimabsonderung alsbald wieder. Kontrollversuche mit Anblasung gewöhnlicher Luft in gleicher Stärke zeigten, dass in Folge

---

[2] Deutsche med. Wochenschrift 1891. Litteraturbeilage No. 15. p. 86.

[3] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 361 ff.

[4] Centralblatt für Chirurgie 1901. p. 299.

[5] Nothnagel u. Rossbach, Handbuch der Arzneimittellehre. Berlin 1884. 5. Aufl. p. 505.

des Reizes der stärker strömenden reinen Luft die Schleimabsonderung sogar zunahm — dass also die bei den Terpentinversuchen beobachtete Trockenheit nur Folge der Terpentinbeimengung sein konnte.

Dem entsprechend findet das Terpentinöl in der inneren Medicin eine weitverbreitete und erfolgreiche Anwendung bei vielen Lungenaffektionen, namentlich bei Bronchialkatarrhen mit erschwerter Expektoration und insbesondere bei Bronchoblennorrhoen, putriden Processen und selbst Lungengangrän: die Brandhöhlen reinigen sich, der Gestank der Sputa hört auf, und es tritt Heilung ein. Wahrscheinlich beruht die günstige Wirkung darauf, dass durch die Terpentindämpfe die Fäulnispilze in ihrer Entwicklung gehemmt werden, möglicherweise auch dadurch, dass das Terpentinöl als ausgezeichneter Ozonträger in demselben Sinne wirkt.

Berücksichtigt man nun ferner, dass man Inhalationen von Terpentinöl bei diesen Erkrankungen in einer Koncentration von 1,0—20,0 auf 100,0 Wasser machen, ja selbst das Mittel in unverdünntem Zustande auf Flanellstücke geträufelt einathmen lässt, so konnte ich unbedenklich wagen, es dem Narkosenäther direkt zuzusetzen.

Aus mehr äußeren Gründen habe ich allerdings statt des Terpentinöls das ihm chemisch nahe verwandte Latschenöl (Oleum Pini Pumilionis) gewählt, weil es wohlriechender ist und von mir seit vielen Jahren zu Inhalationszwecken verwandt wird. Den Äther des Deutschen Arzneibuches beziehe ich in gut verschlossenen dunkeln Flaschen von 200 g Inhalt und setze ihm unmittelbar vor dem Gebrauche etwa 20 Tropfen (1,0 g) Latschenöl zu, welches sich sofort und leicht darin löst. Der Äther erhält dadurch einen angenehmen Geruch nach Tannenduft und wird von vielen Kranken aus diesem Grunde sehr viel lieber als der gewöhnliche Äther eingeathmet. Man kann auch unbedenklich größere Mengen hinzufügen, indessen wird dadurch der Duft nach Ansicht der meisten Menschen nicht verbessert, sondern eher strenger. Bemerkenswerth ist, dass der widerlich süßliche Geruch des Chloroforms selbst durch Zusatz großer Mengen Latschenöls nicht beeinflusst wird. Einige Versuche, die ich mit Terpentinzusatz machte, boten keinerlei Vortheil, dagegen ließ sich unschwer feststellen, dass hierdurch der stechende Äthergeruch weniger leicht als durch Latschenöl beseitigt werden konnte. Dass diese ätherischen Öle etwa den Äther für Narkosenzwecke ungeeigneter machen sollten, ist ein Einwand, der abgesehen von der Erfahrung schon durch die einfache Überlegung hinfällig wird, dass bekanntlich diese flüchtigen Verbindungen den Sauerstoff begierig aufnehmen und z. Th. ozonisiren.

Haben doch bereits im Jahre 1896 in Amerika Markoe[6] u. A. und 2 Jahre später Morton[7] durch direkte Sauerstoffzufuhr bei der

---

[6] Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie Bd. II. p. 65.
[7] Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie Bd. IV. p. 37.

Äthernarkose vorzügliche Betäubungen erzielt. Mithin könnten die Terpene höchstens im gleichen Sinne wirken. Hierin liegt aber keineswegs der therapeutische Werth, sondern in der Applikation ihrer harzigen Bestandtheile auf die Respirationsschleimhaut.

Wie Eingangs erwähnt, haben die Lungenkomplikationen verschiedene Ursachen; also kann es auch kein Universalmittel dagegen geben. Selbstverständlich ist die Beherrschung der Narkotisirungstechnik die Hauptsache (Braun)[8].

Mittels der vorstehend geschilderten Methode habe ich bis jetzt etwa 500 Narkosen ausführen lassen und bin mit den Ergebnissen zufrieden. Selbst bei bestehender Bronchitis, Lungentuberkulose, Empyem und Emphysem alter Leute habe ich auf die Äthernarkose mit Latschenölzusatz nicht zu verzichten brauchen und irgend welche Verschlimmerung dieser Leiden nicht beobachtet. Nur in einem Falle, bei einer 58jährigen Frau mit die Luftröhre stark komprimirender Struma, trat bereits während der Operation vermehrte Schleimabsonderung in den Luftwegen auf, die auch noch einige Tage nachher anhielt. Wenn ferner in sehr vereinzelten Fällen, zumal bei alten Leuten mit schwacher Herzthätigkeit, eine Bronchitis, die oft schon vor der Narkose bestand, auch nachher noch kurze Zeit anhielt, so kann das nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt, dass die inneren Kliniker diese Erkrankungen auch nicht von heute auf morgen mit Inhalationen zu beseitigen vermögen.

II.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau. Prof. Dr. v. Mikulicz.)

Cucullarisdefekt als Ursache des kongenitalen Hochstandes der Scapula[1].

Von

Dr. W. Kausch,
Privatdocent und Assistent der Klinik.

In den letzten Jahren kamen in der Breslauer chirurgischen Klinik 3 Fälle von angeborenem Schulterblatthochstand zur Beobachtung, in welchen allen die genauere Untersuchung ein Fehlen unterer Abschnitte des M. cucullaris, übrigens in sehr verschiedenem Umfange, ergab. Die Fälle glichen sonst völlig den in der Litteratur unter diesem Namen beschriebenen und galten bis zur Entdeckung des Muskeldefekts als typische Beispiele der Sprengel'schen Deformität.

---

[8] Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 17.

[1] Der Vortrag sollte auf dem XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1901 gehalten werden, unterblieb indess in Folge der Überfüllung.

Außerdem hatte ich Gelegenheit, 2 analoge Fälle außerhalb der Klinik zu sehen, bin aber nicht in der Lage, dieselben eingehender zu verwerthen.

Es liegt kein Grund vor, diesen Trapeziusdefekt als sekundären aufzufassen, auch nicht, ihn als zufälligen Nebenbefund anzusehen. Da das untere Drittel des Trapezmuskels bekanntlich eine nicht unbeträchtliche, die Scapula abwärts ziehende Komponente besitzt, liegt es vielmehr nahe, den Muskeldefekt ätiologisch mit dem Hochstande des Schulterblattes in Verbindung zu bringen.

Selbstverständlich soll damit nicht gesagt sein, dass in allen Fällen von angeborenem Scapulahochstande Trapeziusdefekt die Ursache sei.

In der Litteratur, der chirurgischen wie der neurologischen, ist außer einer ätiologisch nicht verwertheten Angabe über Schwäche des unteren Cucullaris in einem Falle (Milo) nichts Analoges zu finden.

Doch erscheint es durchaus möglich, dass auch in einer Anzahl der publicirten Fälle der untere Cucullaris afficirt war. Genauere Angaben über die Intaktheit dieses Abschnittes des Muskels sind höchst selten gemacht, und es ist ferner zu bedenken, dass ein partieller Trapeziusdefekt dem neurologisch nicht Geschulten wohl entgehen kann, zumal wenn er bei der Untersuchung seine Möglichkeit nicht in Erwägung zieht, wie andererseits der Nachweis völliger Intaktheit des ganzen Trapezius auch nicht überaus leicht ist.

Die ausführliche Veröffentlichung der Krankengeschichten unserer Fälle und Besprechung der in Betracht kommenden Muskelverhältnisse, so wie der übrigen an den Fällen bemerkenswerthen Punkte (Form des Schulterblattes, Skoliose, Therapie etc.) wird in den Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie erfolgen. Hier sei nur auf die ätiologische Beziehung des erwähnten Muskeldefektes zum angeborenen Hochstande der Scapula hingewiesen.

---

1) **H. J. Scherck.** Die Gonorrhoea und unser moderner Standpunkt in der Frage der Behandlung derselben.

(New York med. Monatsschrift 1900. No. 12.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Anatomie der Harnröhre bespricht Verf. die von ihm ausgeübte Therapie. Nach Ausspülung der Harnröhre mit warmem Wasser wurden 100 ccm einer Silbersalzlösung, entweder Argonin, Protargol oder Mercurol, eingespritzt, nach 5 Minuten herausgelassen und sodann eine Janet-sche Spülung mit 4 Liter einer Permanganlösung 1:1000 gemacht. Diese Lösung wird allmählich stärker genommen. Nach 6—10 Tagen sind gewöhnlich die Gonokokken verschwunden. Gleichzeitig wird durch interne Behandlung eine Veränderung und Alkalisirung des Urins erstrebt. Verf. wendet dazu reichlichen Wassergenuss, besonders Lithionwasser an und ferner Diuretica. Eine Sterilisirung des Harns erzielt er mit Cystogen 0,3 mal Ol. Santal. 0,6, alle 4 Stunden.

eine Kapsel. Bei Urethritis posterior macht er die Drei-Gläserprobe. Vor der Entleerung ins dritte Glas wird mit dem Finger durch den After die Prostata, resp. die Samenbläschen ausgepresst, der Urin sodann centrifugirt und untersucht. Bei chronischer Gonorrhoe macht Verf. ausgiebigen Gebrauch von dem Oberländer'schen Dilatator zur Entleerung der kleinen Drüschen der Pars pendula. Nach jeder Dilatation wird gespült. Auch hier wendet er dieselbe interne Medikation an.

Tschmarke (Magdeburg).

---

2) **F. Mayer.** Zur Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 6.)

M. gelang es in 5 Fällen von typischem akuten Gelenkrheumatismus, aus dem Tonsillenschleim Bakterien zu züchten, welche bei den Versuchsthieren ein der menschlichen Polyarthritis ähnliches Krankheitsbild hervorrufen. Es waren dies ziemlich kleine, als Streptokokken angeordnete Diplokokken.

Borchard (Posen).

---

3) **L. Maillard.** Rheumatisme tuberculeux ou pseudo-rheumatisme infectieux d'origine bacillaire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 88.)

M. theilt einige Fälle von Gelenkrheumatismus mit, die Anfangs unter dem Bilde des akuten Gelenkrheumatismus verliefen, auf die typische Behandlung mit Salicyl nicht besser wurden, und bei denen es schließlich in dem einen oder andern Gelenke zur Ausbildung eines Fungus kam. Verf. giebt in seiner Arbeit die Anschauungen seines Lehres Poncet über diesen Punkt wieder, welche im Kerne folgende sind: Die Tuberkulose kann, entweder durch ihren Bacillus oder durch die von ihm gelieferten Toxine, verschiedenartige Erscheinungen an den Gelenken hervorbringen. Eben so wie andere Infektionskrankheiten, z. B. Blennorrhoe, Scharlach, Typhus, Masern, Diphtherie, so kann auch das Gift der Tuberkulose eine Art Pseudorheumatismus, den sog. »tuberkulösen Rheumatismus«, hervorbringen. Einige mehr oder weniger beweisende Krankengeschichten werden zum Beleg für diese Anschauung beigegefügt.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

4) **H. Maass.** Über mechanische Störungen des Knochenwachsthums.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIII. p. 185.)

Verf. hat Versuche an jungen Kaninchen gemacht und fand, dass es gelingt, durch Fixation einer Extremität in abnormer Gelenkstellung in Folge der dadurch bewirkten Änderung des intraartikulären Druckes überaus schnell und sicher das Längenwachsthum der Knochen störend zu beeinflussen. Die Beine wurden entweder

in extremer Streckstellung oder künstlicher Genu valgum-Stellung eingegipst. Nach 3—6wöchentlicher Versuchsdauer fanden sich ausnahmslos charakteristische Wachsthumsstörungen am Kniegelenksende der Tibia. Die Resultate dieser Versuche, die weder mit der Hüter-Volkmann'schen Drucktheorie völlig im Einklange stehen, noch weit weniger aber das Wolff'sche Transformationsgesetz bestätigen, werden in folgenden Sätzen zusammgefasst:

»Ein im Wachsthum befindlicher Knochen erleidet unter der Einwirkung abnormer Druck- und Zugspannungen Veränderungen sowohl seiner Gestalt als seiner Struktur. Dieselben finden sich überall da, wo das Wachsthum des Knochens vor sich ging, und erklären sich aus der rein mechanischen Wirkung der veränderten Druck- und Zugspannungen auf die physiologische Wachsthumsrichtung. Dabei erfahren die vegetativen Vorgänge der Knochenbildung keinerlei Störung, sondern die Knochenproduktion erfolgt allenthalben in physiologischen Mengen. Ein Einfluss der abnormen Druck- und Zugspannungen auf das Wachsthum im Sinne einer Atrophie bezw. Hypertrophie lässt sich nirgends erkennen.

Wie im Thierexperimente, so vollziehen sich nach des Verf. Ansicht die gleichen Vorgänge am menschlichen Skelett, sobald während des Wachsthums die physiologischen Druck- und Zugspannungen wiederholt oder dauernd Änderungen erleiden, entweder durch abnorme Wachsthumswiderstände oder dadurch, dass die Druck- und Zugfestigkeit unter ihren normalen Werth sinkt. Für die erste Voraussetzung bietet sowohl die embryonale, als die spätere Skelettentwicklung zahlreiche Beispiele (Klumpfuß, Kyphose, Skoliose, Genu valgum, paralytische Deformitäten etc.), für die zweite führt Verf. die rachitische Wachsthumsstörung als ein klassisches Beispiel an.

Verf. geht dann über zu einer genauen Betrachtung des Genu valgum und der Skoliose und findet hierbei eine vollkommene Übereinstimmung mit seinen Experimenten: denn es zeigt sich, dass auch hier die veränderten Druck- und Zugspannungen auf die vegetative Wachsthumsenergie keinerlei Einfluss üben, dass nichts mehr und nichts weniger als in der Norm gebildet wird, dass vielmehr nur die physiologische Wachsthumsrichtung durch veränderte Druck- und Zugspannungen nach den auch in der leblosen Natur gültigen mechanischen Principien gesetzmäßige Ablenkung erfährt. Die hieraus zu ziehenden Schlüsse stehen in direktem Gegensatze zu der Volkmann'schen Drucktheorie und dem Wolff'schen Transformationsgesetze: Auch bei den oben genannten Krankheiten des Skeletts erfolgt die Knochenbildung in durchaus physiologischer Menge, eine Zu- und Abnahme, sei es der Größe, sei es der Zahl der Gewebselemente findet an keiner Stelle statt. Es kommt zu scheinbaren Hypertrophien, bezw. Atrophien, die jedoch thatsächlich nur durch korrelatives Knochenwachsthum in der druckfreien Richtung vorgetäuscht werden.

In gleicher Weise werden auch die scheinbaren Hypertrophien auf der konkaven Seite wirklicher Ankylosen und winklig geheilter Frakturen erklärt.

Auch bei der zum Schlusse besprochenen Rachitis kommt Verf. bezüglich der Skelettveränderungen zu denselben Resultaten.

Fertig (Göttingen).

---

5) **B. Rossi** (Mailand). Contributo allo studio del processo di guarigione nelle fratture.

(Clinica chir. 1901. No. 1.)

In einer vorläufigen Mittheilung berichtet R. über die Resultate einer ausgedehnten Versuchsreihe Betreffs der Beschleunigung der Heilung von einfachen Knochenbrüchen unter Massagebehandlung und Kontentivverband unter frühzeitiger Mobilisirung. Es wurden 66 Experimente an Kaninchen ausgeführt: in Äthernarkose manuell ein Querbruch des mittleren Unterschenkeldrittels erzeugt, die eine Gruppe der Spontanheilung, die zweite der Heilung in einem bleibenden immobilisirenden Verbande überlassen, die dritte aber der oben erwähnten Therapie unterzogen. Von den Enderfolgen sei erwähnt: Am 3., längstens 4. Tage bei der Massagebehandlung Starrwerden des Callus, bei der immobilisirenden Behandlung frühestens am 5.; bei der ersteren Knochenhärte des Callus und Ablegen des Kontentivverbandes am 8. Tage, bei der zweiten nicht vor dem 12.—14. Den vollen Gebrauch des Gliedes erlangten die massirten Thiere um den 18. Tag, während es bei den anderen erst nach 30 und mehr Tagen der Fall war. — Die mikroskopischen Bilder entsprachen diesen klinischen Erfahrungen. — Die Naturheilung stand in ihren Erfolgen der Zeit nach zwischen den beiden Behandlungsmethoden.

J. Sternberg (Wien.)

---

6) **Pierre Delbet.** La stérilisation des mains.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 45.)

In einer an die Société de chir. gerichteten Mittheilung bekämpft D. den von Quénu so energisch befürworteten Gebrauch der Operationshandschuhe. D. hat durch die schon oft ausgeführte Versuchsanordnung (Beschmutzen der Hände mit Kulturen von aëroben und anaëroben Mikroben und Aussaat von Partikelchen der subungualen Räume vor und nach der Desinfektion) die Überzeugung gewonnen, dass er mit seiner Desinfektionsmethode vollkommene Sterilität der Hautoberfläche erreicht, so vollkommen, dass er behauptet, für jede Operation eine neue Epidermis zu erzeugen. Er legt dabei großen Werth auf sehr warmes Wasser, das nicht laufend sein soll, um eine große Koncentration der Seife zu erreichen, ferner auf eine genügend lange Einwirkung des (90 %igen) Alkohols. Mit dem letzteren müssen die Hände so lange bearbeitet werden, bis die wässrige Sublimatlösung nicht mehr zu isolirten Tropfen zusammenfließt, sondern die

Haut vollkommen benetzt. Die Resultate D.'s sind eben so gut wie die Quénu's. Die Operationshandschuhe sind also entbehrlich.

In der Mittheilung D.'s wird folgende Äußerung eines angesehenen Pariser Chirurgen citirt, welche besser im Original wiedergegeben wird: Je considère un chirurgien, qui fait le toucher rectal sans protection digitale, non seulement comme un chirurgien septique, mais comme un homme sale. D. erwidert, dass diese Ansicht nicht von demjenigen gilt, der sich die Hände zu waschen versteht. So wenig angenehm die in Rede stehenden Untersuchungen auch sind — die Medicin ist eben nicht nur une noble profession, sondern auch un sale métier —, bezüglich der Infektionsgefahr kann hinzugefügt werden, dass der Mastdarminhalt den Finger nicht gefährlicher inficirt als der Osteomyelitiseiter.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

7) **M. Wilms.** Was leistet das Tetanusantitoxin beim Tetanus des Menschen? (Aus der Leipziger chir. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 6.)

Den von W. mitgetheilten 4 Fällen von mit Antitoxin behandeltem Tetanus kommt eine besondere Bedeutung desshalb zu, weil in ihnen die v. Behring'schen Bedingungen bezüglich des Beginns der Behandlung in den ersten 30 Stunden und hinsichtlich der genügenden Antitoxindosis von mindestens 100 Immunitätseinheiten erfüllt worden sind. Die 4 Fälle verliefen sämmtlich, einer am 2., einer am 3., einer am 4. und einer am 6. Tage seit Beginn des Tetanus tödlich, nachdem in jedem derselben rechtzeitig mindestens 250 Immunitätseinheiten (Behring's Antitoxin), bezw. 4 000 000 Immunitätseinheiten (Tizzoni's Serum) injicirt worden waren. — Die Gründe dafür, dass einzelne Statistiken nur eine Mortalität von 39 oder 34 oder nur 28% der mit Antitoxin behandelten Tetanusfälle ausrechnen, sieht W. darin, dass eine große Reihe von chronischen Tetanusfällen mitverwerthet worden sind, die oft erst am 6. Tage oder noch später Antitoxineinspritzungen erhalten hatten und bekanntlich auch ohne solche heilen können. Dies zeigt auch ein weiterer, in der genannten Klinik beobachteter Fall, während ein anderer, erst am 3. Tage mit Serum behandelter und zur Heilung gekommener weder für, noch gegen den Werth des Antitoxins beweisend ist.

Kramer (Glogau).

---

8) **François.** La photothérapie.

(Progrès méd. belge Bd. XV. Hft. 1.)

F. theilt in der Soc. de méd. d'Anvers vom 13. December 1900 sehr beachtenswerthe Resultate der Phototherapie mit, besonders bei Lupus. Er wendet die Methode von Finsen in Kopenhagen an. Bevor die Bestrahlung in Kraft treten kann, müssen sämmtliche Krusten, am besten mit Borverbänden, entfernt werden; wenn alsdann die Knötchen freiliegen, wird die Besnier'sche Pyrogallussalbe an-

gewendet. Dann erst folgt die Bestrahlung, welche allerdings sehr viele Sitzungen erfordert. Dauer der Kur meist $^1/_2$ Jahr. Resultate unübertrefflich; die Narben sind glatt und weich. Finsen soll schon Hunderte von Fällen geheilt und keine Recidive bekommen haben. Bei Lupus erythematosus sind die Resultate schwankend. Bei kleinen Hautcarcinomen sollen gute Resultate vorliegen. Leider ist die ganze Finsen'sche Installation mit allem Zubehör sehr theuer, sie soll über 15000 ℳ kosten. In der Diskussion erwähnt F. Jacobs, dass er durch die bekannten Lichtbäder tertiäre Formen der Syphilis, welche allen Behandlungsmethoden trotzten, glatt zur Heilung brachte, wie überhaupt diese Lichtbäder auf den Stoffumsatz hervorragend einwirken und bei verschiedenen nervösen Zuständen, z. B. bei Schlaflosigkeit, sehr günstig wirken. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

9) **A. W. Minin.** Die Phototherapie in der Chirurgie.

(Wratsch 1900. No. 47. [Russisch.])

M. benutzte eine blaue Lampe von 16 Kerzen und 100 Volt, mit einem Reflektor, die 7—8 Zoll vom Pat. gehalten wird, event. wurde Pat. damit massirt (Revue internat. d'électrothérapie et de radiothérapie 1900, Juli). Er erzielte sehr gute Erfolge bei chronischem Ekzem, bei traumatischen Blutergüssen in die Gewebe und Gelenke, bei Erosionen, Erbrechen nicht cerebralen Ursprunges (M. empfiehlt das Mittel bei Hyperemesis gravidarum zu versuchen), bei Neuralgien, Pleuritiden, bei Ablagerung von Uraten in Wände der Vv. basilica und cephalica (sehr interessanter Fall!), bei entzündlichen Infiltraten nach Operationen. Die Wirkung ist eine doppelte: eine schmerzstillende und (in geringerem Grade) resorbirende.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

10) **A. Young.** Formaldehyde.

(Buffalo med. journ. 1901. März.)

Verf. berichtet über Heilerfolge mittels einer Formalinlösung bei Fistelbildung nach Operationen, welche jeder anderen Behandlung trotzten und nach ein- bis mehrmaliger Einführung eines mit der Lösung durchtränkten Tampons glatt ausheilten. Eben so heilten operative, der Infektion verdächtige, nach Auswischung mit der reinen Lösung sofort geschlossene Wundhöhlen (z. B. nach der Operation von Mastdarmfisteln) per primam. An Stelle der Sublimatantisepsis verwandte Verf. verdünnte Lösungen bei der Desinfektion und Naht frischer, unregelmäßiger Wunden (Dammrisse) und erzielte meist glatte Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

11) **W. H. Bates.** The use of the aqueous extract of the suprarenal capsule as a haemostatic.

(New York med. record 1901. Februar 9).

Nach 6 jährigem Gebrauche hält B. den Nebennierenextrakt für das wirksamste und einwurfsfreieste Hämostaticum. Blutungen von

Schleimhäuten werden lokal gestillt, aber auch der innere Gebrauch ist meist erfolgreich, und zwar in ganz kurzer Zeit. Augen-, Ohr-, Nasen-, Hals-, Harnröhren- und Gebärmutter-, so wie Magenblutungen wurden von verschiedenen Ärzten so behandelt.

Die Zubereitung besteht in der Herstellung einer Emulsion von einem Theil getrockneter und pulverisirter Drüsen mit 10 Theilen Wasser. Ganz frische Herstellung! Für Augen und Ohr muss filtrirt werden, Sterilisation durch Hitze ist zulässig. Innerlich wird einfach pulverisirte Drüse gegeben.

Verdächtig klingt der Satz: »subkutane Injektion ist nicht nöthig, weil alle Präparate sofort durch die Schleimhaut der Zunge absorbirt werden und der Erfolg in weniger als 1 Minute eintritt«.

Loewenhardt (Breslau).

---

12) G. del Greco (Florenz). L'emostasi preventiva nelle amputazioni.

(Clinica chir. 1901. No. 1.)

Verf. ist seit Jahren von der elastischen Konstriktion der Extremität bei der Amputation abgekommen und benutzt nur die Digitalkompression Vauzetti's während der ganzen Operation. — Außerdem führt er sämmtliche Amputationen »zu Zweit« durch. Er giebt dazu folgende Anleitungen: 1) Oberschenkel: Zwei Operateure, Einer an der Außen-, der Andere an der Innenseite stehend, führen je einen halb-elliptischen Schnitt, deren Enden sich berühren. Während der Eine die Haut zurückzieht, durchschneidet der Andere die Muskeln bis auf den Knochen. Der Erstere durchsägt (Drahtsäge) sofort das Bein. 5 oder 6 Gefäßligaturen. Tiefe Nähte in Achtertouren, Hautnaht fortlaufend. — 2) Arm: Hautschnitt zu Zweit, Einer durchtrennt dann die Muskeln, der Andere sägt. Nähte. — 3) Unterschenkel: Λ-Schnitt unterhalb der Tuberositas tibiae durch den Ersten, dann auf beiden Seiten Verlängerung der Schenkel, bis sie sich hinten über der Wade treffen. Die Manschette wird — je auf einer Seite — bis auf die Knochen vertieft, zwei Drahtsägen in den Zwischenknochenraum gebracht und durch beide Knochen gleichzeitig geführt. Hautnaht.

J. Sternberg (Wien).

---

13) Lambertz. Die Perspektive in den Röntgenbildern und die Technik der Stereoskopie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IV. Hft. 1.)

14) B. Walter. Über einige Verbesserungen im Betriebe des Induktionsapparates mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung des Wehnell-Unterbrechers im Röntgenlaboratorium.

(Ibid.)

Zwei Arbeiten, die sich mit der Lösung technischer Fragen auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen beschäftigen und sich desshalb nicht

zum Referate in diesem Blatte eignen, auf die aber Ref. speciell hinweisen will, da sie für den Röntgographen von sehr großer Bedeutung sind. Ihr Studium sei hiermit angelegentlichst empfohlen.

H. Wagner (Breslau).

15) **H. Ehrenfest.** A few remarks on the use of medullary narcosis in obstetrical cases.

(New York med. record 1900. December 22).

Verf. hält für die Geburtshilfe trotz mehrfacher Empfehlungen die spinale Anästhesie sowohl als Ersatz einer nothwendigen Narkose, wie zur Schmerzbetäubung in normalen Fällen noch nicht für erprobt genug. Die uterinen Kontraktionen scheinen zwar wenig beeinflusst, aber die aktive Hilfe der Bauchpresse fehlt. Kreis publicirte u. a. 6 Fälle (Centralblatt für Gynäkologie 1900, Juni 14), Marks berichtet über 23 solche Beobachtungen (Philadelphia medical journal 1900, November 3).

Loewenhardt (Breslau).

16) **W. S. Bainbridge.** Analgesia in children by spinal injection with a report of a new method of sterilization of the injektion fluid.

(New York med. record 1900. December 15).

Nicht einwandsfrei sterilisirt Verf. die 1%ige Cocainlösung zur spinalen Anästhesie in einem Messglase durch Mischung mit Äther bis zur völligen Verdunstung. Aus dem so behandelten Pulver wird mit gekochtem Wasser eine frische Lösung hergestellt. Eucain hält er nicht für so gut. 7 Operationen bei Kindern verliefen ohne wesentliche Störungen außer bei Malum Pottii, wo aber die Lähmungserscheinungen und die Stupidität in einigen Wochen nachließ. Die Anwendung genannten Verfahrens für die einfache Circumcision (Fall V) ist etwas stark.

Loewenhardt (Breslau).

17) **Kirchmayr.** Zur Kasuistik der subkutanen Sehnenrupturen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 45.)

Im Anschlusse an einige selbstbeobachtete einschlägige Fälle wird die (22 Nummern betragende) Litteratur über diesen Gegenstand eingehend besprochen und das Ergebnis in folgenden Sätzen niedergelegt:

1) Die typischen Zerreißungen der Fingerextensoren über dem Gelenke der Endphalanx kommen durch ein Trauma zu Stande, das auf den im ersten Interphalangealgelenke gestreckten Finger so einwirkt, dass die Endphalanx forcirt gebeugt wird; ausnahmsweise führen auch anders geartete Krafteinwirkungen, auch direkte Traumen zu dieser Verletzung.

2) Subkutane isolirte Zerreißungen langer, frei gleitender Sehnen finden sich fast ausschließlich bei irgend wie degenerirter Sehne,

womit aber die Möglichkeit der Zerreißung gesunder Sehnen durch relativ übergroße Gewalten nicht geleugnet werden soll.

3) Die Ausreißungen von Endphalangen sammt der zugehörigen Beugesehne kommt als typische Verletzung dann vor, wenn eine ziehende Gewalt nach dorsaler breiter Eröffnung des anliegenden Gelenkes plötzlich oder langsam auf die Endphalanx einwirkt.

Hübener (Dresden).

---

18) **D. E. Mundell.** Note one the relation of the os magnum to tuberculosis of the wrist joint.

(Annals of surgery 1900. August.)

Verf. bespricht im Anschlusse an 3 von ihm operirte Fälle von Tuberkulose des Handgelenks, bei denen sich das Os magnum (capitatum) als der Ausgangspunkt der Erkrankung herausstellte, die erhöhte Disposition dieses Knochens für Tuberkulose im Vergleich zu derselben Erkrankung der übrigen Handwurzelknochen. Als wahrscheinliche Ursache dafür führt er an, dass das Os magnum, als Hauptknochen der Handwurzel, zuerst verknöchert wird, weiterhin durch seine Lage den Schädigungen durch drei Metacarpalknochen ausgesetzt ist. Da ferner seine Flexions- und Extensionsbewegungen viel ausgiebiger als die der übrigen Handwurzelknochen sind, so hat es in Folge der vielen ligamentösen Verbindungen, die es besitzt, eine ungleich stärkere Zugwirkung auszuhalten. Dann ist seine Bälkchenstruktur eine ungleiche, der centrale Theil zeigt weitere Maschen, dafür größeren Blutreichthum. Verletzungen treffen daher das Os magnum eher und mehr als die anderen Knochen des Handgelenkes. Aus diesen Gründen findet der Tuberkelbacillus vom Blute oder der Lymphe her hier vermuthlich einen günstigeren Angriffspunkt.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

19) **Kirmisson.** Les luxations soudaines de la hanche dans les périodes de debut de la coxalgie. P. Berger rapporteur.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris No. 44. sér. 3 ann. 64.)

Während bei vorgeschrittener Tuberkulose des Hüftgelenkes in Folge von Zerstörung der Knochen- bezw. Kapseltheile häufig nach und nach die Verrenkung sich entwickelt, giebt es auch eine Luxatio coxae im Beginne der Erkrankung. Wenige Monate, selbst wenige Wochen nach den ersten Anzeichen kann sie ohne Trauma plötzlich entstehen mit allen klassischen Zeichen der Lux. iliaca. Ihr Zustandekommen kann anders kaum als durch Distension der Kapsel in Folge Ergusses gedeutet werden. Die 5 Beobachtungen K.s kennzeichnen sich als relativ gutartige Fälle, bei denen die eingeschlagene Behandlung — Reposition, Extension, Injektionen — bald völlige Heilung brachten. Gröbere Zerstörungen dürften somit nicht vorgelegen haben.

Christel (Metz).

---

20) **P. Grisel.** Contribution à l'étude des malformations rachitiques du membre inférieur chez l'enfant.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

G. berichtet in der vorliegenden Arbeit über die seit 1894 im Hospital Trousseau (Broca) beobachteten rachitischen Verkrümmungen der unteren Extremität.

Er fand, dass diese fast ausschließlich diaphysären Ursprungs waren. Die seitlichen Verbiegungen und die Verbiegungen nach vorn und hinten waren die gewöhnlichen Deformitäten der Gliedachse. Zu diesen gesellten sich in zweiter Linie die Abflachung des Oberschenkelknochens von vorn nach hinten, die transversale Abflachung des Schienbeins und die Drehungen der genannten Knochen um ihre vertikale Achse. Diese Drehungen waren am Oberschenkel immer nach außen erfolgt, am Schienbein eben so oft nach außen wie nach innen.

Der der Kopfepiphyse des Oberschenkels benachbarte Theil des Schenkelhalses war der häufigste Sitz bei Schenkelhalsverbiegungen.

Die obere Tibiafläche und ein Theil des oberen Tibiaschaftendes, welcher nach unten durch die Linea obliqua auf der Hinterfläche der Tibia begrenzt wird, bilden, durch die Sehnen- und Bänderansätze noch verstärkt, eine widerstandsfähige Partie gegen Verkrümmungen. Unterhalb dieser Partie kamen Krümmungen mit der Konvexität nach innen und Einknickungen von vorn nach hinten (Genu recurvatum) zur Beobachtung. Bei allen diesen Verkrümmungen soll der chirurgische Eingriff immer bis zum 6. oder 7. Jahre aufgeschoben werden. Nach dieser Zeit ist die Eburneation der Knochen eingetreten, und Recidive sind dann selten.

In früheren Jahren wird der Aufenthalt an der See empfohlen. Zu diesem Zwecke soll eine größere Anzahl Hospitäler für rachitische Kinder am Meere errichtet werden.

So lange die Knochen noch weich sind, empfiehlt Verf. auch die manuelle Geraderichtung in oberflächlicher Narkose und in einer Sitzung. Danach zur Erhaltung der Korrektur einen geeigneten Verband.

Die säbelscheidenförmigen Verkrümmungen am unteren Tibiaende mit der Konvexität nach vorn bei event. gleichzeitig bestehender seitlicher Knickung stellen die schwerste Deformitätsart dar. Hier ist eine Keilexcision angezeigt.

In denjenigen Fällen, in welchen Verkrümmungen am Oberschenkel, oder am oberen Tibiaende, oder an beiden Knochen zugleich bestehen, empfiehlt G. die Osteotomie des Femurknochens nach Macewen. Durch diese Operation wurden in den meisten Fällen die Deformitäten beseitigt.

Die Krankengeschichten von 124 Operirten theilt Verf. mit zureichender Ausführlichkeit mit. **Neck** (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Trichosis lumbalis mit Spina bifida occulta.

Von

Dr. Kellner, Hamburg-Eppendorf.

In mehreren der in der Litteratur beschriebenen Fälle von Trichosis lumbalis hat sich als Begleiterscheinung der übermäßigen Entwicklung der Haare in der Gegend der Lendenwirbelsäule eine Spaltung dieser selbst, eine Spina bifida, vorgefunden. Der erste derartige Fall ist von Virchow beschrieben. Es fand sich

Fig. 1.



in diesem Falle ein Haarbüschel über der Lendenwirbelsäule, ferner eine Einsenkung der Haut derselben Stelle, und die Palpation wies das Fehlen eines Processus spinosus der Lendenwirbelsäule nach.

Der Fall kam zur Sektion, die eine Spina bifida der Lendenwirbelsäule feststellte. Virchow erklärt die Rückgratsspaltung durch örtlich entzündliche Processe, die zur Zeit, wo die Knochenbildung, d. h. die Bildung der Wirbelanlage noch nicht vollendet ist, eine Unterbrechung derselben herbeigeführt haben. Der-

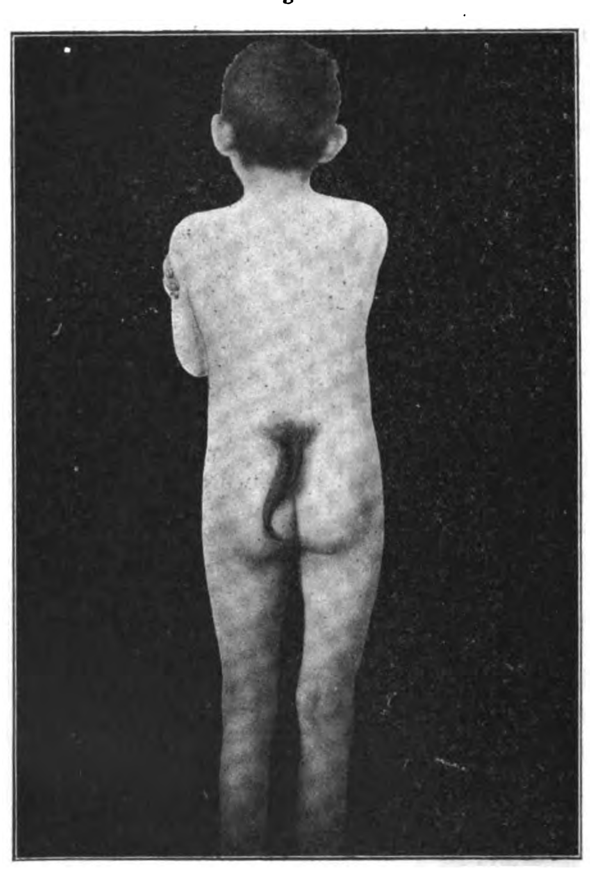
selbe Reiz führt in der über der offenen Stelle gelegenen Haut eine Vermehrung der natürlichen Elemente derselben und dadurch den abnormen Haarwuchs herbei.

Ein 2. Fall ist in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie von der Straßburger Klinik beschrieben. Auch bei diesem Falle, der nicht zur Sektion gekommen ist, machte eine Einsenkung im Rücken und eine fühlbare Lücke in den Wirbelbogen das Bestehen einer Spina bifida im höchsten Grade wahrscheinlich.

Der von mir beobachtete Fall betrifft einen 14jährigen Knaben, der, Idiot, als Zögling in der Hamburger Idiotenanstalt zu Alsterdorf untergebracht ist. Über dem 4. und 5. Lendenwirbel so wie der oberen Partie des Kreuzbeines findet



Fig. 2.



sich bei ihm ein sehr stark entwickelter Haarwuchs. Der Umfang der behaarten Stelle beträgt 45, der Durchmesser 13 und die Länge des Haarzopfes 30 cm. Die Haut der behaarten Stelle ist völlig normal, weder verdickt noch druckempfindlich. Die Stellung der Haare ist eine gleichmäßig über die ganze Fläche vertheilte, eine Wirbelanordnung ist nicht erkennbar. Die Haare sind blond und dünn.

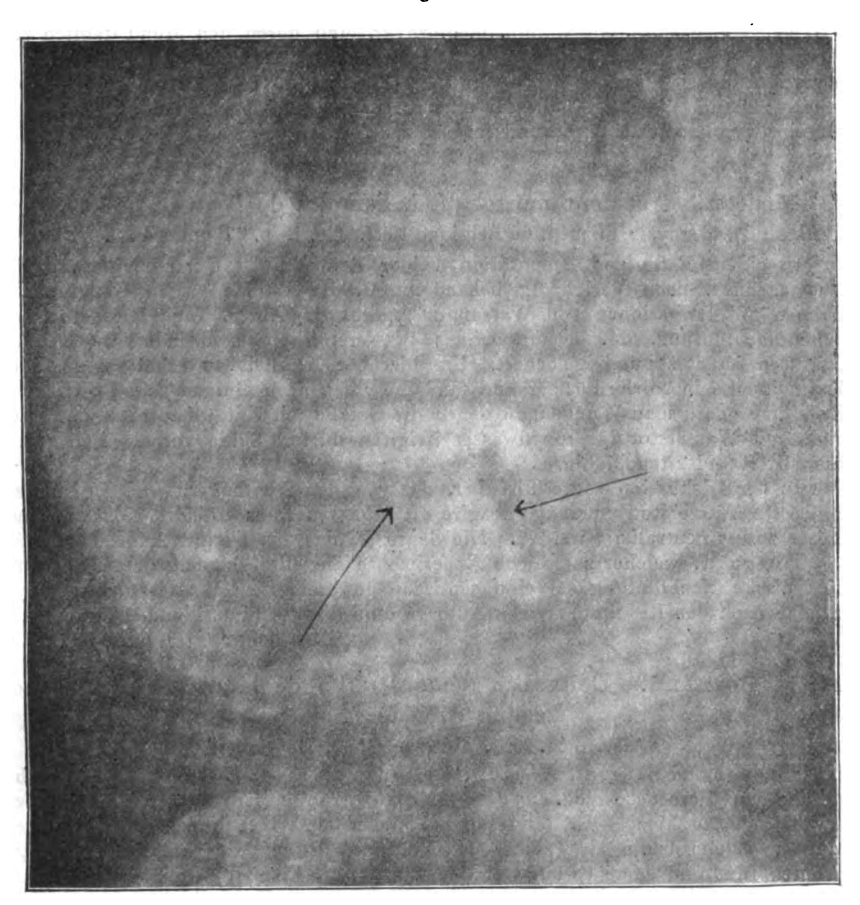
Sowohl Trichose wie Idiotie stehen in der Familie des Knaben vereinzelt da; von dem Vater habe ich erfahren, dass der Haarzopf schon bei der Geburt vorhanden war und dann in ähnlicher Weise wie das Kopfhaar gewachsen ist, so dass er häufig beschnitten wurde.

Seitdem der Knabe in den Alsterdorfer Anstalten ist, geschieht das Beschneiden natürlich nicht mehr, und der Zopf war im Laufe eines Jahres um mehrere

Zoll gewachsen. Leider hat in der letzten Zeit ein Wärter aus Sauberkeitsrücksichten ein mehrere Zoll langes Stück abgeschnitten.

Die Frage, ob auch in diesem Falle eine Spina bifida vorliege, war durch äußere Untersuchung nicht zu entscheiden, da durchaus keine Merkmale, wie bei den beiden vorhin erwähnten Fällen, zu entdecken waren. Durch eine in dem Labarotorium des Herrn Dr. Schönberg-Albers gemachte Röntgenaufnahme

Fig. 3.



der Wirbelsäule ist es nun auch in diesem Falle gelungen, eine Spaltung der Lendenwirbelsäule nachzuweisen. Der 5. Lendenwirbel ist vollständig gespalten, wie man deutlich an den zu beiden Seiten stehen gebliebenen Wirbelbogenresten sieht, der 4. Lendenwirbel ist wahrscheinlich im unteren Theile seines Bogens ebenfalls gespalten.

---

21) Thöle. Eine neue Äthermaske.

(Ärztliche Polytechnik 1901. Februar.)

Obige Maske besteht wie die Juillard'sche aus einem einzigen Drahtkorbe, mit welchem durch ein Scharnier ein federnder Reif verbunden ist; als Umrandung dient eine Metallrinne. T. glaubt den Anforderungen, kontinuirlich mit kleinen Dosen und genügendem Luftzutritte zu narkotisiren, gerecht werden zu können.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

22) **M. Patel.** Deux cas d'hypertrophie du tissu lymphoïde traités par la quinine.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 100.)

Der eine Fall betraf eine Megalosplenie unbekannten Ursprunges (keine Malaria), welche durch Arsenmedikation unbeeinflusst blieb, durch Chinin erheblich gebessert wurde.

Der andere Fall betraf eine allgemeine Lymphadenie (60jähriger Mann), welche auf Chinin fast ganz zurückging. In beiden Fällen wurde das Medikament 4 Wochen lang subkutan (Chinin. bichlorhydr.) und durch den Mund (täglich zusammen 1—1½ g!) verabreicht. P., der in der Abtheilung Jaboulay's auch bösartige und sogar gutartige Geschwülste (Lipome) unter Chinin hat zurückgehen sehen, hält die Wirkung theils für eine die pathogenen Keime zerstörende, theils für eine vasokonstriktorische und fordert zur Nachuntersuchung auf.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

23) **Moreau.** Accident mortel dû à l'emploi de l'eau oxygénée.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1901. No. 1. p. 47 und No. 2. p. 112 ff.)

In einem Falle von Amputation beider Beine, links Unterschenkel, rechts Oberschenkel, nach Verletzung behandelte M. die Wunde wegen Gangrän der Lappen mit Irrigationen von Wasserstoffhyperoxyd. Am 8. Tage kam eine tödliche Nachblutung. M. behauptet, das Wasserstoffhyperoxyd habe die Katgutligaturen angeätzt und gelockert. Um hierüber Klarheit zu erhalten, legte er Katgutstücke in solche Lösung und fand dieselben nach einigen Tagen zerfressen. Er folgert, dass man Wunden, in denen die Gefäße mit Katgut unterbunden sind, nicht mit Wasserstoffhyperoxydwasser irrigiren dürfe. Seide verhält sich gegen das Mittel widerstandsfähig.

In der Diskussion sagte Thiriar, das von den Apothekern und Droguisten gelieferte Wasserstoffhyperoxyd reagire oft sehr sauer, es enthalte Salzsäure und müsse zuerst neutralisirt werden. Die Säure sei das das Katgut Angreifende.

Desguin, welcher zahlreiche Experimente anstellte, kommt zu der Ansicht, die M.'sche Nachblutung sei eine septische gewesen, dem Wasserstoffhyperoxyd komme nach den Resultaten vieler Autoren eine direkte blutstillende Wirkung zu.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

24) **L. Bertrand.** Deux cas démonstratifs de la présense du gonocoque dans le sang.

(Soc. méd. chir. d'Anvers 1900. December.)

Thayer und Blumer, Ahman, Julien und Sibut, Colombini, Panichi stellten den Micrococcus gon. aus dem Blute gonorrhoisch Erkrankter dar. B. fügt 2 weitere Fälle hinzu. Er fand ihn bei einem 30jährigen und einem 19jährigen Manne, welche beide an Tripperkomplikationen litten. Er entzog ihnen einige Tropfen Blut und säete es auf Gelatine aus. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

25) **J. Hallé.** Deux cas d'arthrite blennorrhagique chez l'enfant.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1901.)

Im ersten Falle, der ein 7jähriges Mädchen mit Vulvovaginitis betraf, war der Process im linken Sternoclaviculargelenke, im zweiten Falle (5jähriges Mädchen) im linken Hüftgelenke lokalisirt. In beiden Fällen wurde im vaginalen Eiter der Gonococcus Neisser nachgewiesen; beide heilten unter Bettruhe, feuchten Verbänden und vaginalen Ausspülungen mit Kal. permang.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

26) **Baur.** Über gonorrhoische Arthritis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 8.)

Verf. konnte in 27 Fällen 19mal Gonokokken nachweisen. Diese auffallend hohe Zahl positiver Ergebnisse schiebt er auf die verbesserten Prüfungsmethoden

(Wassermann'scher Nährboden) so wie die Auswahl ganz frischer Fälle. In keinem Falle waren nach dem 6. Erkrankungstage noch Gonokokken im Gelenke nachweisbar. In der Umgebung der Gelenke konnten niemals Gonokokken nachgewiesen werden. **Borchard** (Posen).

27) **Debaisieux.** Quelques observations d'hydrarthroses traitées par la méthode des injections phéniquées.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1901. No. 2.)

D. punktirt die Ergüsse in Gelenke, spült mit steriler Kochsalzlösung aus und geht dann zu der Schede'schen Auswaschung über. Man nehme einen großkalibrigen Trokar, damit Coagula und Flocken gut herauskommen. Die 3%ige Karbollösung scheint besser zu sein, als die 5%ige. D. sah einmal Symptome von Irritation. Er berichtet über 9 Fälle, darunter rheumatische, tuberkulöse und traumatische Formen. Die Resultate waren günstig.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

28) **O. Bender.** Über chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. (Aus der Univ.-Poliklinik für orthopäd. Chirurgie in Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 11.)

In dem mitgetheilten, einen 24jährigen Pat. betreffenden Falle besteht seit 6 Monaten unverändert eine Totalankylose der Wirbelsäule allein, als Endprodukt einer chronischen Entzündung, ohne Betheiligung anderer Gelenke. Beginn 4 Jahre vorher, zuerst im Lendentheile, allmählich nach oben fortschreitend; ohne Abnormitäten des Nervensystems; der Halstheil ist in leichter Kyphose, der Brusttheil in Streckstellung fixirt, die normale Lendenlordose fehlt ganz. Der Fall stimmt zum Theile also mit den Bechterew'schen Beobachtungen überein, unterscheidet sich von ihnen aber durch das Fehlen von Nervensymptomen, den aufsteigenden und schließlich zum Stillstande gekommenem Verlauf. Verf. nimmt an, dass es sich bei der Pat., einem anämischen, schwächlichen Mädchen, welches als Schneiderin täglich viele Stunden lang in gleicher gebückter Stellung gesessen, um eine Ossifikation des Bandapparates der Wirbelsäule, die auf rein mechanischem Wege entstanden, handele. Übrigens sind bei demselben in den letzten 2 Monaten erhebliche Besserungen unter Massage, passiven und aktiven Bewegungsversuchen eingetreten. **Kramer** (Glogau).

29) **Mertens.** Über einen atypischen Fall von Syringomyelie mit trophischen Störungen an den Knochen der Füße.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

In dem von M. mitgetheilten Falle fand sich bei einem 60jährigen Manne neben Diabetes und Zeichen alter Lues eine auffallende Verunstaltung der Füße. Die vorderen Theile derselben, insbesondere die Zehen sind klein und geschrumpft, die hinteren Abschnitte elephantiastisch verdickt; mehrfache Narben, von alten Incisionen herrührend. Röntgenbild zeigte eine enorme Zerstörung und Verbildung der Metatarsal- und Zehenknochen. Da außerdem vasomotorische Störungen, Thermanästhesie mit Analgesie und Hypanalgesie bei fast völlig normalem Tastsinn, so wie trophische Störungen auch in Haut und Muskulatur bestanden, so wird die Erkrankung wohl mit Recht auf einen syringomyelitischen Process in der Medulla spinalis zurückgeführt. Die Lokalisation des Processes, das Beschränktsein auf die beiden unteren Extremitäten, ferner die hochgradigen Knochenveränderungen dürften dem Falle ein besonderes Interesse verleihen.

Honsell (Tübingen).

30) **Sick.** Heilung eines Sarkoms des 4. Lendenwirbels.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 12.)

Vor 2½ Jahren wurde der 42jährige Pat. wegen des Sarkoms operirt. Die Entfernung konnte keine vollständige sein. Es wurde nur eine Ausschabung vor-

genommen und Pat. in anscheinend desolatem Zustande entlassen. Zu Hause wurde er mit Arsenikinjektionen lange und intensiv behandelt, und jetzt lässt sich durch Röntgen eine völlige Heilung nachweisen. **Borchard** (Posen).

31) **H. Lorenz.** Die isolirte Fraktur des Tuberculum minus humeri.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 593.)

Eine Beobachtung aus der I. chirurgischen Klinik in Wien.

45jähriger kräftiger Maurer, durch eine auf ihn rollende schwere eiserne Säule verletzt. Er versuchte die letztere mit adducirtem und auswärts rotirtem, dabei im Ellbogen spitzwinkelig flektirtem Arme zu pariren, doch erfasste die Säule seine Hand und brachte dadurch den Arm in forcirte Auswärtsrollung, wobei der Mann einen lauten Krach und heftigen Schulterschmerz verspürte. Die Unfallfolgen, Schwellung und Schmerz, verloren sich bei indifferenter Behandlung, doch hinterblieb eine Funktionsstörung in der Schulter, die bei der 4 Monate später erfolgten Untersuchung sich als in mangelhafter Einwärtsrotirbarkeit bei gleichzeitiger weit über die Norm hinaus ausführbarer Auswärtsrotationsfähigkeit des Oberarmes bestehend erwies. Palpatorisch zeigte sich an Stelle des kleinen Tuberkels eine scharfe Knochenzacke, die auf Druck empfindlich ist, und bei Rotationen ein mattes Crepitiren. Unterhalb des Proc. corac. ist ein bohnengroßes, etwas druckempfindliches und verschiebliches, bei Oberarmbewegungen nicht mitgehendes Knochenstück fühlbar, am Biceps und seiner Sehne nichts Abnormes. Zwei Photogramme zeigen die übermäßige Auswärts- und eingeschränkte Einwärtsrotirbarkeit des Armes.

Noch nie ist eine Fraktur dieser Art so deutlich beobachtet worden. Augenscheinlich handelte es sich um eine Abrissfraktur. L. bespricht die sehr spärlichen, zum Theil auch noch zweifelhaften Fälle. Von diesen entfallen mehrere auf Absprengungsfrakturen bei gleichzeitiger Oberarmverrenkung. Therapeutisch wird die Verletzung kaum Aussicht auf volle Genesung bieten, es sei denn, dass man sich zu einer blutigen Maßnahme mit Fixirung des Knochenfragmentes entschließt. Für die Diagnose des Bruches wird das Röntgenverfahren kaum etwas Ausschlaggebendes leisten können, da das Tuberkelfragment immer in den Schatten anderer Knochen fallen wird. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

32) **M. H. Vegas y D. Aguilas** (Buenos Aires). Sobre transplantación de tendones.

(Rivista de la sociedad méd. argentina 1900. August.)

Verff., die in der Kinderklinik in Buenos Aires thätig sind, bringen nach einem historischen Überblicke über Sehnenplastik folgende 4 selbst beobachtete Fälle:

1) 7jähriger Knabe. War mit linksseitiger Hemiplegie aufgenommen worden; später hatte sich auch rechtsseitige Lähmung der unteren Extremität eingestellt. Beiderseits kontrakte Spitzfußstellung. Links wird die Achillessehne 3fach getheilt, das äußere Stück an Peronealsehnen, das innere an den Tibialis anticus angenäht und das mittlere, durchschnitten, frei gelassen. Rechts einfache Achillotenotomie. Zustand nach einem Monate: Links Fußwinkel 90°, aktive Beuge- und Streckbewegungen. Rechts Fußwinkel 110°, leichte Streckbewegungen, vollständige Beugebewegungen. Nach 4 Monaten: Links Winkel 60°, Beugebewegung mehr beschränkt, rechts Winkel 120°, Beugebewegungen ausgiebiger.

2) 5jähriger Knabe. Beiderseitiger Pes equino-varus. Links wird die Achillessehne in 2 Theile getrennt, der äußere an eine Peroneussehne genäht, der innere frei gelassen. Rechterseits wird eben so verfahren, aber die nicht transplantirte Hälfte der Achillessehne nicht durchschnitten. Erfolg: Links gute Fußstellung, rechts noch starke Spitzfußstellung. Etwas aktive Beweglichkeit in den Sprunggelenken. Gute Gehfähigkeit.

3) 11jähriger Knabe mit linksseitigem paralytischem Spitzfuße. Achillessehne auf Extensor digitorum communis. Resultat: Equinusstellung nicht beseitigt. Die

Zehen bewegen sich aktiv etwas. Die Fußspitze berührt beim Gehen nicht mehr den Boden.

4) 4jähriges Mädchen mit rechtsseitigem Pes equino-varus. Der äußere Theil der Achillessehne wird mit einer Extensorensehne vereinigt. Resultat: Fußstellung gut, Beugebewegungen sehr beschränkt. **G. Meyer** (Gotha).

33) **J. M. Cotteril** (Edinburg). Ein Fall von Knochenhypertrophie der Hände und des einen Fußes nach Hüftgelenksexartikulation wegen Sarkom.

(Scottish med. and surg. journ. 1901. Januar.)

Pat., 19 Jahre alt, unterzog sich im Oktober 1898 wegen Sarkoms der Knochenhaut am unteren Ende des rechten Oberschenkels einer Amputation in der Mitte des Oberschenkels. Nach einem Jahre stellte er sich mit einem geringen Recidiv am Amputationsstumpfe wieder vor. Es wurde nun die Exartikulation im Hüftgelenke gemacht; eben so wie nach der ersten Operation erfolgte glatte Heilung. Nach 3 Wochen stellte sich unter leichten Fiebererscheinungen eine Abschwächung des Athemgeräusches über dem rechten Unterlappen ein; einige Tage später zeigte sich eben daselbst auch gedämpfter Perkussionsschall. Diese Dämpfung vergrößerte sich 14 Tage lang und nahm zuletzt das ganze untere Drittel der rechten Lunge ein. Zugleich traten andauernde heftige Schmerzen in Schultern und Ellbogen auf, verbunden mit einem 2 Monate lang zunehmenden und dann aufhörenden Wachsthume der Hände und des Fußes. Die Röntgenuntersuchung ergab, dass die Gelenkenden nicht an dem Wachsthume betheiligt waren. Die Gesichtsknochen blieben durchaus unbetheiligt. Es zeigten sich keine von den sonst bei Akromegalie beobachteten Symptomen von Seiten der Schilddrüse, des Sehnerven, des Haarwuchses, der Reflexe und der Sensibilität. Der Tod erfolgte gerade 2 Jahre nach der ersten Operation. Die Lungenerscheinungen waren auf eine Sarkommetastase zurückzuführen. **W. Schultz** (Kiel).

34) **Boinet.** De la Macrodactylie.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris. Ann. 65. Sér. 3. No. 7.)

Diese nicht eben häufige Abnormität zeigt ein 38jähriger Mann am Mittelfinger der linken Hand, welcher 14 cm, 5 cm mehr als der rechte maß. In den Interphalangealgelenken ankylosirt, war er äußerlich normal proportionirt, auch an den Weichtheilen ohne Besonderheiten. Das beigegebene scharfe Diagramm lässt vor Allem mehrere zum Theil recht große Exostosen um die Gelenke herum erkennen.

In der Ätiologie dieses Falles spielt Heredität keine Rolle. Die Mutter behauptet, durch einen Fehler an gleicher Stelle auf einer Photographie ihres Mannes während der Schwangerschaft seelisch betroffen zu sein. **Christel** (Metz).

35) **Grünfeld.** Über einen Fall von angeborenem partiellen Riesenwuchs.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 6.)

Bei einem 6jährigen Knaben hatte sich schon bald nach der Geburt eine größere Länge der linken unteren Extremität gezeigt. Die Hypertrophie betraf nicht nur sämmtliche Knochen dieser Extremität, sondern auch die ganze linke Beckenhälfte. Eben so war die Haut der linken unteren Extremität so wie der linken Rumpfhälfte hypertrophisch. Die rechte große Zehe war in erheblicher Weise an dem Riesenwuchse betheiligt. Durch schräge Osteotomie wurde versucht, den rechten Unterschenkel zu verlängern, den linken zu verkürzen.

Borchard (Posen).

36) **W. Friedrich.** Eine interessante Entwicklungsanomalie.

(Pester med.-chir. Presse 1900. No. 52.)

Beschreibung einer Hand, bei welcher das Röntgenbild nur 5 Handwurzelknochen nachweisen konnte. Os hamatum, triquetrum, capitatum bilden einen

Knochen. Von den Metacarpalknochen besteht der mittlere aus 2 knorpelig verbundenen Theilen. Der 1. Phalanx ist überall die 3. unmittelbar aufgesetzt, nur am Zeigefinger findet sich ein Rudiment der 2. Phalanx.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

37) **M. Brod.** Zur Kasuistik der Daumenluxationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Bei einem 11jährigen Knaben war durch Fall auf die Volarfläche der linken Hand eine Luxatio complexa pollicis entstanden. Die Reposition gelang auf blutigem Wege nach Exstirpation des interponirten radialen Sésambeines. Heilung.

Honsell (Tübingen).

38) **Lessing.** Traumatische, subkutane Ruptur einer Fingerbeugesehne in ihrer Kontinuität.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Die vom Verf. mitgetheilte Ruptur einer Fingerbeugesehne war bei einem kräftigen, 52jährigen Manne durch Fall auf die vorgestreckte Hand entstanden. Pat. konnte sofort das Nagelglied des Ringfingers nicht mehr beugen; in der Höhe des Grundgelenkes fühlte man einen Wulst, der dem abgerissenen centralen Sehnenende entsprach, davor eine seichte Vertiefung. Freilegung, Naht. — In der Litteratur sind bisher nur 3 analoge Beobachtungen verzeichnet.

Honsell (Tübingen).

39) **Amson.** Zur unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 6.)

In der Wolff'schen Klinik wurde dieselbe bei 159 Kranken mit 216 verrenkten Hüften unternommen. Man kann schon bei 15 Monate alten Kindern, wenn man dieselben bezüglich der Reinlichkeit genau überwachen lässt, die Methode ausüben, was desshalb so wichtig ist, weil die Einrenkung leichter gelingt und einen idealeren Erfolg verspricht. Seit Ende 1898 sind 7 Kinder unter 2 Jahren behandelt. Dieselben sind anatomisch wie funktionell ideal geheilt.

Borchard (Posen).

40) **Sudeck.** Coxa vara.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 12.)

Die Abbiegung des Schenkelhalses nach hinten ist durch redressirende Verbände einer Besserung fähig. Verf. hat in einem Falle durch Gipsverbände, in einem anderen durch forcirte Redression mit Spiralfraktur des Oberschenkels, in einem dritten durch entsprechende Bandagen Besserungen erreicht.

Borchard (Posen).

41) **X. Delore.** Arthrite suppurée consécutive à une plaie pénétrante de l'articulation du genou gauche. Arthrotomie. Guérison.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 72.)

Ein schönes Beispiel der konservirenden Methode. Trotz 40° Fieber und Streptokokken im Eiter wurden nur 2 Seitenschnitte gemacht, aus denen sich 1 Glas Eiter entleerte. Drainage. Heilung ohne Zwischenfall, mit Steifigkeit des Knies. Die Gutartigkeit der Affektion erklärt sich vielleicht aus der geringen Virulenz der Kokken, deren Einimpfung bei Thieren nur sehr geringfügige Erscheinungen machte. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

42) **Ballenghien.** Contribution à l'étude du traitement de l'hydrarthrose chronique du genou.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1901. No. 2.)

B. hat in 3 Fällen die Schede'schen Karbolausspülungen mit gutem Erfolge angewendet. In dem einen Falle ließ er 200 g 5%iger Lösung 1/4 Stunde lang

im Knie, ohne Karbolurin zu bekommen. In einem anderen ließ er 115 g, im 3. 30 g 1/4 Stunde lang in dem Gelenke, ehe er dieselben aspirirte. Beim Aspiriren erzielte er stets mehr Flüssigkeit, als er injicirt hatte, im 3. Falle (30 g Injektion) aspirirte er sogar 100 g. Während die meisten Autoren die Beine nach der Operation mindestens 3—4 Wochen lang auf Schienen unbeweglich lagern, macht B. einen mehr nachgiebigen Verband für etwa 14 Tage.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

43) P. Berger. Exstirpation de la rotule pour une ostéite chronique d'emblée de cet os suivie de la conservation des mouvements du genou et de la restauration des fonctions du triceps fémoral.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris. Ann. 65. Sér. 3. No. 3.)

Dem Titel sei hinzugefügt, dass die Erkrankung etwas über 30 Jahre währte und zuletzt so schmerzhaft wurde, dass Pat. mit völlig steif gehaltenem Knie ging. Bei der Ausschälung brach die mürbe Kniescheibe in mehrere Stücke; an ihrem verdickten Innenrande fand sich ein erbsengroßer, steriler, mit fungösen Granulationen ausgefüllter »Abscess«. Die Sehne wurde quer in mehreren Etagen durch Knopfnähte vereinigt. Es scheint sich um die von Gosselin »Ostéite à forme neuralgique« bezeichnete Erkrankung gehandelt zu haben. Unter eifriger Nachbehandlung hat sich ein vorzügliches Gehvermögen eingestellt ungeachtet des Verlustes der Kniescheibe und einer deutlichen Atrophie des Rect. femoris; für diesen sind anscheinend die Vasti eingetreten. B. erinnert hierbei an die Kniescheibenbrüche, die mit großer Diastase ohne wesentliche Gehstörung heilen können.

Christel (Metz).

44) C. B. Porter. Fracture of the patella. A contribution to the operative treatment of cases of long standing with wide separation of the fragments.

(Transactions of the American surgical association Vol. 18.)
Philadelphia, **William J. Dornan,** 1900.

P. hat bei 2 Fällen von veraltetem Kniescheibenbruch mit weitem Klaffen der Bruchstücke, da seitliche Kapselincisionen zur Aneinanderlagerung nicht hinreichten, von einem Querschnitte oberhalb des Gelenkes aus die Fascie und die spannenden Theile des Quadriceps quer durchschnitten, um das obere Fragment nach unten verschieben zu können. Er hatte in beiden Fällen gute funktionelle Resultate. Er hält das Verfahren für nützlich und sicher; die Wiederherstellung der Funktion der durchschnittenen Muskelgruppe scheint vollständig zu sein; die Kontouren des Beines waren nicht wesentlich verändert.

(Ob die Dislokation des unteren Fragmentes nach oben nach dem Verfahren v. Bergmann's, das Verf. nicht erwähnt, nicht doch einfacher und sicherer ist? Ref.)

R. v. Hippel (Dresden).

45) H. Hildebrand. Zwei Fälle von Luxatio pedis sub talo.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Im 1. der beiden mitgetheilten Fälle lag eine Luxatio sub talo nach innen vor. Es handelte sich um einen Arbeiter, der 1 Jahr vor der Untersuchung bei einem Sturze sich den Fuß festklemmte, während der Körper nach außen umfiel. Die erst starke Schwellung des Fußes verschwand, doch blieben erhebliche Beschwerden zurück. Die Diagnose wurde durch das Röntgenbild wesentlich erleichtert. Operation wurde abgelehnt. Pat. mit Stahlsohle entlassen.

Noch bemerkenswerther ist der 2. Fall, eine Luxatio sub talo nach hinten, da diese Luxationsform bisher überhaupt erst 2mal beobachtet wurde, und H.'s Befund von den beiden früheren in so fern abweicht, als gleichzeitig der Talus direkt nach unten gerichtet stand. Bei dem Pat., einem 57jährigen Händler, der wegen anderweitigen Leidens in Behandlung kam, wurde gelegentlich der Untersuchung eine auffallende Missgestaltung des rechten Fußes, herrührend von einem Falle in frühester Kindheit, gefunden. Der Fuß schien nach hinten verschoben, der innere Knöchel

sprang stark vor, der äußere war nur wenig sichtbar; die Tuberositas des Naviculare stand direkt unter dem Malleolus internus. Auch hier leistete die Röntgographie (stereoskopische Aufnahme) bei der Diagnose werthvolle Dienste.

Honsell (Tübingen).

46) **Czarnecki.** Ein Beitrag zur Behandlung des Aneurysma der A. femoralis.

(Nowiny lekarskie 1900. No. 11.)

Bei einem 34jährigen, rüstigen Manne bestand außer einem Aneurysma arcus aortae ein taubeneigroßes Aneurysma unter dem Poupart'schen Bande. Dasselbe war binnen 3 Jahren langsam gewachsen und hatte eine derartige Verdünnung der bedeckenden Haut herbeigeführt, dass es schließlich zur Ruptur und Blutung nach außen kam. Sofortige Kompression durch einen geschulten Wärter und hierauf Exstirpation des eiförmigen Sackes (Durchmesser 9 bezw. 6 cm) nach vorheriger centraler und peripherer Ligatur der Arterie. Die Rupturstelle des Aneurysmasackes war etwa kirschkerngroß. Glatte Heilung. **Trzebicky** (Krakau).

47) **P. Herz.** Zur Trendelenburg'schen Saphenaresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 261.)

Die aus der unter Habs stehenden Krankenhausstation von Magdeburg-Sudenburg hervorgegangene Arbeit berichtet über 46 operirte Kranke. Es wurde auch bei negativem Ausfalle des bekannten Trendelenburg'schen Venenkompressionsversuches operirt. Statt der einfachen Venenunterbindung wurde stets eine Venenresektion vorgenommen, und dieser nicht nur der Hauptsaphenastamm, sondern auch die auffindbaren Kollateralgefäße unterzogen. Der Hautschnitt wurde zu diesem Zwecke an dem hochgelagerten Beine an der Innenseite des Oberschenkels an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel ca. 6—10 cm lang ausgeführt. Nachbehandlung: 3wöchentliches Liegen bei erhöhtem und sorgfältig mit Flanellbinden umwickeltem Beine.

Der unmittelbare Erfolg war stets gut. Über den Dauererfolg war von 17 Pat. Nachricht zu erlangen. Er war 15mal gut, 2mal nicht genügend, 1mal unentschieden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Berichtigung.

Kurz nach meiner Mittheilung über »die koupirte Äthernarkose« (cf. d. Blatt No. 19) wurde mir von Herrn Dr. P. Sudeck in Hamburg eine kleine Arbeit übersandt: »Das Operiren im ersten Ätherrausch«, Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 7.

Diese Arbeit enthält 200 Beobachtungen aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf über eine zur Vornahme operativer Eingriffe mit Schwefeläther rasch und sicher zu erzeugende Analgesie.

Dieses »Operiren im ersten Ätherrausch« ist vollkommen identisch mit der von mir seit Jahren geübten sog. »koupirten Äthernarkose« oder besser Analgesie, wenngleich die von Sudeck geübte Methode eine etwas andere als die meinige ist.

Beide Arten aber zeigen, dass man mit verhältnismäßig kleinen Äthermengen eine zur Vornahme vieler operativer Eingriffe völlig ausreichende, rasch vorübergehende, unschädliche und sichere Analgesie hervorrufen kann.

Ich habe die einschlägige Litteratur sorgfältigst bis zum Jahre 1901 studirt und bedauere lebhaft, dass mir die Hamburger Beobachtung, die erst kurz vor meiner Mittheilung publicirt worden, entgangen ist, was in diesem Falle wohl begreiflich und entschuldbar sein dürfte. Andererseits bin ich erfreut, die Bestätigung meiner mehrjährigen Beobachtungen in erster Linie aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf zu erfahren.

München 19. Mai 1901. *Dr.* ***Kronacher.***

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. **Sonnabend, den 8. Juni.** **1901.**

Inhalt: 1) **Selberg,** Narkosen mit Siedegemischen. — 2) **Lecrenier,** Cocainisirung des Rückenmarkes. — 3) **Quénu** und **Judet,** Peritonisation bei der Laparotomie. — 4) **Borchgrevink,** Bauchfelltuberkulose. — 5) **Sonnenburg,** 6) **Metschnikoff,** 7) **Körte,** Appendicitis. — 8) **Berg,** Darmperforation. — 9) **Petersen,** 10) **Phelps,** 11) **Alessandri,** Zur Bruchlehre. — 12) **Zervos,** Leberechinokokken. — 13) **Lindner,** Zur Gallensteinchirurgie.

M. Katzenstein, Die instrumentelle Anlegung der Ligaturen. — **K. Trantzscher,** Eine seltene Hüftgelenksaffektion beim Neugeborenen. (Original-Mittheilungen.)

14) **Broca,** 15) **Grossmann,** Peritonitis. — 16) **Port,** 17) **Berndt,** 18) **Ladinski,** 19) **Neugebauer,** 20) **Lenzmann,** Appendicitis. — 21) **Auvray,** 22) **Chavannaz,** Herniologisches. — 23) **Schanz,** Bruchband. — 24) **Wiesinger,** Volvulus des Magens. — 25) **Häberlin,** 26) **Nicolaysen,** Zur Magenchirurgie. — 27) **Vince,** Duodenalgeschwür. — 28) **v. Bardeleben,** Totale Magenexstirpation. — 29) **Bolton,** Colitis. — 30) **Richardson,** Idiopathische Dickdarmerweiterung. — 31) **Reinbach,** Defekt und Lageanomalie des Dickdarmes. — 32) **Dietrich,** 33) **Simon,** 34) **Höchtlen,** Ileus. — 35) **Marchand,** Darminvagination.

Berichtigung.

1) F. Selberg. Über Narkosen mit Schleich's Siedegemischen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 2.)

Die Beobachtungen des Verf. erstrecken sich auf 175 Narkosen mit den Schleich'schen Siedegemischen. Die nach Schleich's Vorschrift angewendete amerikanische Äthermaske hat den Vortheil, dass sie das Gesicht des Kranken frei lässt und demselben nicht das Gefühl der Erstickung bereitet wie die Julliard'sche. Dagegen ist sie nicht aseptisch, ist unbequem zu handhaben und stört bei allen Kopf- und Gesichtsoperationen, bei denen man in der Greifswalder Klinik in Folge dessen zum Chloroform zurückkehrte. Die Zubereitung des Narkosegemisches ist zeitraubend, und das Hantiren mit 3 Flaschen der Stammpräparate und 3 für die Mischungen lästig. Der Zusatz von Äthylchlorid macht die Narkosen ungemein theuer. Die Stunde Narkose berechnet Verf. bei Chloroform auf ℳ 0,14, bei

Äther auf ℳ 0,46, bei Schleich's Gemisch auf ℳ 4,90. Das Einschlafen vollzog sich bei Frauen und Kindern leicht, aber langsamer als bei Chloroform. Einzelne Männer waren damit nicht in Schlaf zu bringen, so dass man zum Chloroform griff. Die Erregung ist eine geringe. Bei Trinkern trat sie aber auch sehr beträchtlich hervor. Als ein großer Vorzug vor den Äthernarkosen ist hervorzuheben, dass die Speichelsekretion völlig fehlte, eben so die beim Äther häufige Cyanose. Der Puls war stets gut, öfters trat dagegen ein allmähliches Aufhören der Athmung ein, das durch künstliche Respiration allerdings leicht zu beheben war. Ein wesentlicher Nachtheil des Schleich'schen Gemisches scheint die Häufigkeit der Nachkrankheiten zu sein, wie Bronchitis, Pneumonie. Das Erwachen aus der Narkose findet rascher statt wie bei den anderen Narkoticis und ist nicht von den üblen Nachwirkungen wie beim Chloroform begleitet. Nach einigen Stunden, oft schon viel früher tritt ein erträglicher Zustand ein. 3mal wurden Verbrennungen des Gesichts beobachtet, ohne dass eine direkte Berührung mit der Narkoseflüssigkeit stattgefunden hatte.

Die Ansicht des Verf. geht dahin, dass »das Gemisch im Ganzen den alten Narkoticis gleichwerthig, in manchen Punkten ihnen sogar überlegen ist, dass es aber nach seinen Erfahrungen leider kein ideales Narkoticum sei«.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **Lecrenier.** L'analgésie chirurgicale par l'injection de cocaine sous l'arachnoïde lombaire.

(Progrès méd. de Belge 1901. Jan. 15. — Soc. méd. de chir. de Liége 1901. Jan. 9.)

L. beschreibt das Bier'sche Verfahren. — In der Diskussion sagt Suyers, er habe diese Methode 11mal mit vorzüglichem Erfolge ausgeführt bei Appendicitis, Laparotomien etc. Die Analgesie reicht bis zur 4. Rippe hinauf, so dass man Mammaoperationen, Achselausräumungen etc. ausführen kann. — Roesch warnt vor dem Verfahren und führt aus der Statistik Todesfälle auf. — Béco warnt ebenfalls und hebt hervor, es gäbe Individuen, welche Idiosynkrasie gegen Cocain haben und, was noch schlimmer sei, es gäbe Leute, die zunächst Cocain und Eucain gut vertragen und dann, warum ist unbekannt, auch einmal idiosynkrasisch werden.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

3) **Quénu** et **Judet.** De la péritonisation dans les laparotomies.

(Revue de chir. Paris, 1901. No. 2.)

Verff. haben das früher bereits mehrfach von anderer Seite empfohlene Verfahren, nach Laparotomien überall glatte peritoneale Flächen herzustellen, systematisch durchgeführt. Zur Überdeckung von Stümpfen bezw. des Bauchfelles entkleideter Flächen und Nieschen haben sie bei Operationen im kleinen Becken — nur um solche

handelt sich's — entweder die Blätter des Lig. latum oder des Blasenbauchfelles verwendet, welches letztere sich ohne Nachtheil bis an den Mastdarm bezw. das Colon sigmoideum heranziehen ließ; waren starke Verwachsungen im Douglas vorhanden und nach der Adnexauslösung stark entblößte Buchten geschaffen, so wurde jener völlig unterdrückt. War auch der Uterus in größerer Ausdehnung von Bauchfell entblößt, wurde er amputirt.

Außer Herabminderung der meist den Operationen unmittelbar folgenden Kolikschmerzen und der Sterblichkeit glauben Verff. vor Allem auf diese Weise jenen Verwachsungen vorbeugen zu können, die so oft den Erfolg der Laparotomien durch beständige, aller Behandlung trotzende Schmerzen beeinträchtigen.

Leider sagen Verff. nicht, welche Art von Drain zur Anwendung gelangte, was für die Frage der Verwachsungen doch nicht gleichgültig ist. Die für Adnexoperationen »vorwiegend schwerer Natur« günstige Mortalität von 3,8% dürfte wohl nicht ganz unwesentlich der (wie oft angewendeten?) Drainage zu danken sein.

13 beigegebene Krankengeschichten erläutern das Verfahren und lassen erkennen, dass Resorption und peritonitische Erscheinungen nicht erheblich geringer sind als bei den bisherigen Methoden. Ob der in Absatz XIII mitgetheilte Todesfall wirklich nicht mit der Fixation der Flexur in Verbindung steht, lässt sich aus dem knappen Obduktionsprotokolle leider nicht herauslesen. **Christel** (Metz).

---

4) **O. Borchgrevink.** Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Bauchfelltuberkulose.

(Bibliotheca med. Abth. E. Hft. 4.)

Stuttgart, **Erwin Nägele,** 1901. 233 S.

In einer umfangreichen Arbeit fasst Verf. die Ergebnisse seiner Untersuchungen und klinischen Beobachtungen über 42 Fälle von Bauchfelltuberkulose, deren Krankengeschichten anhangsweise ausführlich mitgegeben werden, zusammen. Ist auch die Zahl für zwingende Schlüsse, wie B. selbst hervorhebt, zu klein, so sind die einzelnen Fälle doch so sorgfältig und erschöpfend untersucht und bearbeitet, dass die Schlussfolgerungen hinreichend begründet erscheinen. Desshalb hat auch eine solche Studie einen weit höheren Werth und inneren Gehalt, als die statistische Bearbeitung großer Zahlenreihen, und bildet in der That einen schätzenwerthen, klärenden Beitrag zur Lehre von der Bauchfelltuberkulose.

Seine vergleichenden pathologisch-anatomischen Beobachtungen bei der Laparotomie und am Sektionstische, so wie die mikroskopisch-histologischen und experimentellen Untersuchungen machen es dem Verf. unzweifelhaft, dass »die Heilung der Serosatuberkel das Reguläre ist und, wenn die Zeit es gestattet, stattfindet nicht allein dort, wo der Organismus im Kampfe mit der tuberkulösen Infektion aut der ganzen Linie siegt, sondern auch dort, wo diese zuletzt die

Oberhand behält«. Die fibröse Umwandlung des Tuberkels auf der Serosa will B. mit dem Namen »primäre Tuberkelheilung« kennzeichnen. Danach besitzt das Bauchfell in hohem Maße die Fähigkeit, auch der tuberkulösen Infektion Herr zu werden. Die Zeit von der Bacillenaussaat auf das Bauchfell bis zum Auftreten der Ernährungs- und Cirkulationsstörungen in demselben, d. h. bis zum Eintritte der erkennbaren Symptome der tuberkulösen Peritonitis berechnet B. auf etwa 2 Monate, während der Verlauf des Leidens wesentlich von den Komplikationen abhängig ist.

Eine kritische Sichtung der in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen von einfacher oder idiopathischer chronischer Bauchfellentzündung, so wie seine experimentellen Erfahrungen bestimmen Verf. zu der Annahme, dass alle solche allmählich zur Entwicklung kommenden Peritonitiden wohl tuberkulöser Natur sind, zumal ein leichter Verlauf, so wie dauernde Heilung keineswegs dagegen sprechen. Desshalb möchte B. den Begriff der idiopathischen chronischen Peritonitis ganz eliminirt wissen.

Von den 42 von ihm beobachteten Kranken sind 13 gestorben, 28 sind noch am Leben und anscheinend gesund geworden. Für die Behandlung ergiebt sich aus den Ausführungen des Verf., dass man die tuberkulöse Peritonitis möglichst der Selbstheilung überlassen soll.

Die Laparotomie schafft nur das Exsudat fort und entlastet dadurch die inneren Organe, ein Effekt, den die einfache Punktion auch erreicht. Auf den Verlauf der schon in Selbstheilung begriffenen Fälle hat die Operation keinen Einfluss, für die anderen, ungünstigeren Fälle wirkt sie geradezu nachtheilig. Unter 22 Laparotomirten hatte B. 14 Heilungen (63,6%) und 8 Todesfälle (36,4%). Denen gegenüber stehen aber 17 nicht Operirte, von welchen 14 nach 2 bis 3jährigem Wohlbefinden für geheilt gelten können. Für den Verf. ist die seröse tuberkulöse Peritonitis »ein Gebiet, welches die Chirurgie der internen Klinik zurückgeben muss, mit Dank für die ausgezeichnete Gelegenheit, welche ein Missverständnis ihr gab, bei der Laparotomie die Tuberkulose einer der großen Körperhöhlen zu studiren«.

Buchbinder (Leipzig).

---

5) **E. Sonnenburg.** Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Vierte umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1900.

Zum 4. Male innerhalb 6 Jahren erscheint S.'s Monographie über die Perityphlitis. Wenn bei der 1. Auflage dieser im Jahre 1894 erschienenen Arbeit, der damals 80 selbst operirte Fälle zu Grunde lagen, gesagt wurde, dass sie den Dank und das Studium der Kollegen verdiene, so möchte ich jene für ein Buch wohl wärmste Empfehlung der nunmehr vorliegenden 4. Auflage, auf 600 selbst operirten Fällen aufgebaut, erst recht mit auf den Weg geben.

Sind es doch nicht allein die reichen Erfahrungen und die daraus resultirende gründliche Erforschung dieser Erkrankung; es war auch nöthig und ist von S. in anerkennenswerther Weise glücklich durchgeführt, mit den Erfahrungen Anderer gleichen Schritt zu halten, das Gute vom Schlechten zu trennen und sich und Anderen nutzbar zu machen. Anregend hat S. auf seine Schüler gewirkt und deren Arbeiten in den Bereich dieses Buches hereingezogen. So ist dieses vor Kurzem noch so dunkle Krankheitsgebiet heute nahezu ein abgerundetes Ganzes, und S.'s Arbeiten haben hieran nicht den geringsten Antheil. Mit Rücksicht auf den interessanten Stoff will ich in kurzen Auszügen das Wesentlichste hier wiedergeben; es muss nebenbei auf frühere Referate in diesem Blatte, so wie auf die ausgezeichnete Monographie, einen dem operirenden Arzte wichtigen Berather, verwiesen werden. Vieles ist schon in den früheren Auflagen gesagt, doch ist eine Wiederholung nicht zu umgehen, wenn das Werk hier richtig gewürdigt werden soll.

Das Ganze zerfällt in 5 Abtheilungen, jede derselben enthält zahlreiche, das Gesagte besiegelnde Krankengeschichten.

6 farbige Tafeln mit 16 Figuren, so wie eine Anzahl dem Texte beigegebener Zeichnungen zeigen zur Information das Wort im Bilde.

I. Allgemeiner Theil.

Die Typhlitis stercoralis will S. aus der Welt geschafft wissen, er hat nur ein einziges Mal einen zweifelhaften Fall von primärer Blinddarmerkrankung gesehen; er beruft sich bei seiner extremen Stellung zum Theil auf die Statistik Anderer. (Der Gegenbeweis einer event. primären Blinddarmerkrankung ist bislang durch Niemand erbracht. Ref.)

S. hält an seiner Eintheilung in Appendicitis simplex, perforativa, gangraenosa, tuberculosa und actinomycotica fest; Widerspruch mit anderen, wenigen Autoren entsteht nur wegen der A. simplex und perforativa, die diese nicht getrennt wissen wollen.

Nach S. kann man zumeist aus den Symptomen eine anatomische Diagnose stellen. Sehr eingehend ist der Differentialdiagnose gedacht, der Beziehungen der Appendicitis zu den weiblichen Genitalerkrankungen. Eine Spontanheilung durch gelegentliche Verödung des Wurmfortsatzes, durch Resorption und Perforation wird zugegeben. Für den Chirurgen ist der vorgezeichnete Weg das Messer, doch sind gewisse Einschränkungen nöthig.

Die interne und ungünstigere chirurgische Sterblichkeitsstatistik gehen aus einander, S. sucht die Fehler hierfür nachzuweisen.

S.'s Statistik zeigt eine Gesammtsterblichkeit von 13,5%, viel günstiger als früher; an dem letzten Umstande sind besonders die sicherere anatomische Diagnose, die bessere Technik, so wie die im freien Intervall operirten Fälle Schuld. Mit Riedel's Vorschlägen zur stets frühzeitigen Operation ohne Berücksichtigung der Eröffnung der freien Bauchhöhle ist S. nicht einverstanden.

II. Ätiologie und Pathogenese.

Unter den prädisponirenden Momenten spielt die ungenügende Blutcirkulation, die verschiedene Lage, abnorme Länge, Knickungen des Wurmfortsatzes, ein kurzes Mesenteriolum eine Rolle; bei sonstigen Darmaffektionen infektiöser und nicht infektiöser (Intoxikation) Erkrankung kann der Wurmfortsatz sekundär erkranken. Erkältung und Traumen müssen zugegeben werden. Auch die Lage des Blinddarmes ist von Belang. Fremdkörper finden sich häufig im Wurmfortsatze; Kothsteine entwickeln sich ausschließlich sekundär.

Die experimentelle Erzeugung der Appendicitis war nicht von Erfolg gekrönt.

III. Pathologische Anatomie.

Dieser Theil war bereits für die erste Auflage 1894 von Dr. Finkelstein bearbeitet worden.

Zahlreiche Beispiele (Krankengeschichten) und Zeichnungen werden als Beleg für Veränderungen des Wurmfortsatzes bei Appendicitis simplex, für Empyeme und Cysten desselben aufgeführt; am häufigsten ist die Appendix am Blinddarme fixirt. Es folgt die Beschreibung der durch Appendicitis perforativa und gangraenosa entstehenden pathologischen Veränderungen, der sich anschließenden umschriebenen und allgemeinen Peritonitis. Unter 350 Fällen von Appendicitis mit Abscessbildung fanden sich 9 subphrenische Abscesse. Multiple Abscesse, Durchbruch nach Blase, Scheide, Gallenblase, Darm und Arterien, Metastasen im Endokard, der Milz, den Nieren etc. finden Erwähnung. Unter den Bakterien stehen das Bacterium coli und Streptokokken obenan.

Ausführlich wird die Appendicitis gangraenosa besprochen. S. unterscheidet mit Nothnagel eine bakterielle, chemische und mechanische Peritonitis; 80—90% aller Peritonitiden entstammen der Appendicitis. Beschreibung sämmtlicher Arten von Peritonitis, akuter und chronischer, umschriebener und allgemeiner, mit und ohne Exsudat, ihrer Entstehung und des Zusammenhanges mit den einzelnen Appendicitisarten. Der Begriff Sepsis soll durch Toxinämie ersetzt werden. Schließlich wird der Perityphlitis im Anschlusse an Geschwülste des Wurmfortsatzes gedacht.

IV. Symptome, Diagnose, Prognose.

Die Appendicitis simplex verläuft in Hinblicke auf den unversehrten Wurmfortsatz und die geringere intensive Wirkung der Infektion in seiner Umgebung gutartiger als die Appendicitis perforativa oder gangraenosa. Appendicitis simplex kann mit schwerer, konsekutiver Peritonitis, Empyem des Wurmfortsatzes u. A. einhergehen. Die Prognose im akuten Anfalle ist günstig, 50mal wurde mit gutem Erfolge operirt. Bei der Appendicitis simplex im freien Intervall ist die Prognose quoad operationem eine sehr gute. Die Prognose der Appendicitis perforativa ist im Allgemeinen zweifelhaft; stets muss bei dieser Form mit eitriger, umschriebener Peritonitis operirt werden. Die Appendicitis perforativa

mit Komplikationen hat eine ungünstige Prognose; eine zu lange fortgesetzte exspektative Therapie ist großentheils die Ursache dieser Komplikationen, die wohl in Zukunft zu vermeiden sein werden. Es werden davon Lungen, Leber, vor Allem auch das Bauchfell befallen; Pyämie und Sepsis sind dieser Form gemeinsam.

Es folgen noch Beschreibung der Symptome der allgemeinen Peritonitis, der Appendicitis perforativa. Diagnose gegenüber der Appendicitis simplex möglich; Appendicitis gangraenosa hat Vieles mit der Appendicitis perforativa gemeinsam. Häufig fehlt hier der Wurmfortsatz.

V. Die Therapie der Appendicitis.

Hier ist eine Therapie der Anfälle und eine solche der Krankheit zu unterscheiden. Für die operative Behandlung ergeben sich folgende Grundsätze: 1) Die Operation im freien Intervalle ist der im Anfalle vorzuziehen. 2) Bei der Appendicitis simplex im Anfalle ist eine Operation nur selten indicirt. 3) Bei der Appendicitis perforativa muss im Anfalle mit strenger Auswahl operirt werden. 4) Bei der Appendicitis gangraenosa soll im Anfalle stets und früh operirt werden. 5) Bei der Appendicitis perforativa und gangrän. mit Komplikation ist Operation nothwendig.

Bei der Appendicitis simplex im Anfalle ist eine peritoneale Erkrankung selten vorhanden; S. zieht hier die (Schürzen) Tamponade der Naht der Bauchdeckenwunde vor; nach Entfernung jener sekundäre Naht. Bei der Appendicitis perforativa und gangraenosa entferne man, wo dies möglich, den Wurmfortsatz; bei der letzteren Form ist dieser nicht zu finden. Die foudroyante Form erheischt rasches Handeln. Im Anhange folgen ausgewählte Operationsbefunde der Appendicitis perforativa und gangraenosa mit umschriebenem Abscess, die Schlussfolgerungen daraus; von großem Belang ist hier die richtige und ausgiebige Entleerung des Eiters. Von den sich nach der Operation bildenden Fisteln secerniren die einen Eiter und andere Flüssigkeit, die anderen Koth. Beide Arten sind zu beseitigen, die tuberkulösen Ursprunges weniger. Bauchbrüche nach der Operation verdanken ihre Entstehung der Tamponade, sie sind unschwer zu beseitigen. Zum Schlusse wird noch der Behandlung der App. perforativa gangraenosa mit Komplikationen gedacht. Dem von Rehn angegebenen Spül- und Drainageverfahren des Bauchfelles steht S. nicht unsympathisch, doch sehr skeptisch gegenüber. Schließlich folgt die Statistik der alten und neuen Fälle von Peritonitis — 110 operirte Fälle von Peritonitis mit 51% Heilungen.

Die Punktion zur Diagnose oder zu therapeutischen Maßnahmen wird von S. völlig verworfen. **Kronacher** (München).

---

6) **E. Metschnikoff.** Sur l'appendicite: Note helminthologique sur l'appendicite.

(Bull. de l'acad. de méd. de Paris T. LXV. Fasc. 3.)

M. citirt eine Reihe von Beobachtungen, wo sicher diagnosticirte Appendicitiden, selbst recidivirende, nach Darreichung von Wurm-

mitteln ausheilten, natürlich nach vorausgegangener mikroskopischer Feststellung der Eier von Ascaris bezw. Trichocephalus im Stuhle. So ertheilt er den gewiss gerechtfertigten Rath, in allen zweifelhaften Fällen von Appendicitis die Stühle wiederholt auf Parasiteneier zu untersuchen. Bei Kindern solle das so wie so in regelmäßigen Zwischenräumen geschehen. Prophylaktisch seien rohe Nahrungsmittel und ungekochtes Wasser zu meiden.

Die Wirkung der Helminthen könne verschieden sein: Neben direkt mechanischem Verschluss der Appendix durch Wurmleiber kämen chemische und mechanische Reizung des Blinddarmes, so auch direktes Einbohren der Trichocephalen in die Schleimhaut des Wurmfortsatzes in Betracht; hier tragen sie direkt die pathogenen Keime in die Tiefen der Gewebe. Vielleicht seien auch familiäre und andere Appendixendemien (Jolnbost) ungezwungener durch Helminthen als durch andere Infektionen (Anginen) zu erklären.

Christel (Metz).

---

7) **W. Körte.** Wann sollen wir bei Perityphlitis chirurgisch eingreifen?

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1901. No. 2 u. 3.)

Über die Berechtigung der Operation im »freien Intervall« bei andauerndem Fieber, Schmerzen, Störungen des Allgemeinbefindens, ferner bei den verschiedenen Formen der Abscesse hat man sich geeinigt. Die Frage dreht sich vielmehr um die Zulässigkeit der »Frühoperation«, d. h. um den Eingriff in den ersten 24 Stunden nach dem Unfalle. Weil aber nach dem heutigen Stande des Wissens eine anatomische Diagnose in den ersten 24 Stunden, ob ein Fall aus vitaler Indikation unbedingt operationsbedürftig ist oder nicht, als umöglich bezeichnet werden muss; weil ferner solche schwere Fälle gegenüber den ohne sofortigen Eingriff günstig verlaufenden sehr in der Minderzahl sind, verwirft K. grundsätzlich die Frühoperation. Ausgenommen wird von K. nur die akute Perforation, so wie Fälle mit auffallend schweren septischen Allgemeinsymptomen, bei welchen das Fehlen einer Geschwulst auf das Fehlen schützender Adhäsionen schließen lässt. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

---

8) **A. A. Berg.** 1) A case of ambulatory thyphoid fever with intestinal perforation. 2) A case of traumatic rupture of the intestine operation; recoveries. Remarks concerning operation in cases of typhoid fever with intestinal perforation.

(New York med. record 1901. März 23.)

Die Symptomatologie des »präperforativen« Stadiums, welche B. als besonders beachtenswerth für einen etwaigen unmittelbaren chirurgischen Eingriff bei Typhus erläutert, entspricht der lokalen Peritonitis: 1) Örtliche Rigidität der Bauchwand, 2) gewöhnlich steigende Leukocytose, 3) lokale Schmerzen und Empfindlichkeit,



4) event. Erbrechen und Übelkeit, 5) Ansteigen des Pulses und der Temperatur.

Die Symptome der Perforation hängen klinisch ganz von dem Grade des Durchbruches ab; der reflektorische Chok kann bei kleiner Öffnung gering sein. Daher ist das präperforative Stadium als Diagnose vor Einsetzen der Peritonitis besonders wichtig. Nur der Vergleich mit den vorgegangenen Symptomen lässt folgerichtig die ersten Symptome der Peritonitis vermuthen.

Das postperforative Stadium mit der progressiven Peritonitis ist charakterisirt durch Verschwinden der Leukocytose mit vermehrter Muskelrigidität des Bauches, Ansteigen der Temperatur und des Pulses, Erbrechen und wachsendem Leibesumfang.

Blutuntersuchungen sollen daher jede 24—48 Stunden gemacht und der Bauch auf örtliche Rigidität oft beobachtet werden.

Pat. mit klarem präperforativen Stadium lassen die Perforation bei plötzlichem Erscheinen von Choksymptomen klar erkennen. Der Chok kann aber auch fehlen, wenn eine Perforation mit langsam zunehmendem Austritte sich ereignet hat.

So wie bei klarem perforativen Stadium (zunehmende Leukocytose und zunehmende Rigidität) mit oder ohne Collaps auch nur die geringsten Anzeichen von Peritonitis auftreten, ist sofort zu operiren resp. so früh, als das Allgemeinbefinden bezüglich des Choks wieder einen Eingriff aushalten kann.

Meist zieht B. die Allgemeinnarkose vor wegen leichteren Reponirens der Eingeweide. Das Typhusfieber ist keine Kontraindikation zum Eingriffe; denn Typhuspatienten ertragen den Eingriff eben so gut wie andere Leute. Die Perforationsstelle soll gleich reparirt, dagegen im präperforativen Stadium eine Operation nicht in Betracht gezogen werden, weil wir nicht wissen, welche Ulcerationen perforiren werden. Dagegen kann der Austritt resp. Durchbruch bei strikter Aufmerksamkeit genau diagnosticirt werden. Die beiden mit Glück operirten Fälle sind aus der Überschrift zu entnehmen.

Loewenhardt (Breslau).

9) **Petersen.** Über die Behandlung brandiger Brüche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 8—10.)

Die äußerst interessante, von den verschiedensten Gesichtspunkten aus eingehend beleuchtete Arbeit beruht auf einer Erfahrung von 309 Fällen von eingeklemmtem Bruche, die in den Jahren 1877 bis 1900 in der Heidelberger Klinik zur Beobachtung kamen. Bei 29 gelang die Taxis, bei 280 wurde herniotomirt. Die Gesammtsterblichkeit der Brucheinklemmung betrug 52 : 280 = 18,5%. Hiervon entfallen auf die Reposition 11%, auf den Anus praeternaturalis 67%, auf die primäre Darmresektion 33%. Die Zahl der brandigen Brüche betrug 52 mit 26 Todesfällen = 48% (2 tödlich verlaufende Fälle von Doppelresektionen). Nach dem Zeidler'schen Princip geordnet betrug die Zahl der unverschuldeten Todesfälle bei widernatürlichem

After 45%, bei primärer Resektion 11%. Die verschuldeten Todesfälle bei Anus praet. 22%, bei primärer Resektion 22%. Der gesammte Zeitraum wird in 2 Perioden eingetheilt, deren Grenze etwa im Jahre 1898 liegt. In die erste Periode entfallen 15 primäre Resektionen mit 8 Todesfällen, d. s. 60% Mortalität, in die zweite 12 primäre Resektionen mit 1 Todesfall = 8% Mortalität. Um dies anscheinend sehr große Missverhältnis zu erklären, werden die betreffenden Krankengeschichten in kurzer Skizze mitgetheilt. Während in der ersten Periode unter 201 Herniotomien 16 Resektionen ausgeführt wurden, waren in der zweiten Periode unter 74 Herniotomien 12 Resektionen. Der Grund hierfür liegt einmal darin, dass das Gesammtmaterial ein etwas schwereres geworden ist, sodann dass die Indikation für die primäre Resektion weiter gesteckt ist. Die Zahl der verschuldeten Todesfälle ging auf 12% herab. Die Gesammtmortalität der ersten Periode betrug 19,5%, der zweiten 14%. Es hat sich also der Erfolg aller Herniotomien wesentlich gebessert, und das Resultat würde ein noch besseres sein, wenn nicht auch in der zweiten Periode noch 3 Fälle wären, bei denen die fehlerhafte Reposition des Darmes zum Tode führte.

So wie auch die einzelnen Zahlen gedreht und gewendet werden mögen, das Resultat fällt immer zu Gunsten der primären Resektion aus. Zwei wichtige Fortschritte sind es vor allen Dingen, die diese glänzenden Resultate gezeitigt haben, die lokale Anästhesie und der Murphyknopf. Erstere ist ein werthvoller Schutz gegen Collaps und Schluckpneumonie; sie erlaubt vor allen Dingen eine gefahrlose und gründliche Entleerung des angestauten Darminhaltes. Ferner soll die Resektion des Darmes eine ausgiebige sein. Nach alle dem steht Verf. nicht an, die primäre Resektion als die Methode der Wahl bei sicherer Darmgangrän zu bezeichnen. Die Reposition ist nur erlaubt bei sicher lebensfähigem Darme. Bei Verdacht auf Gangrän soll man den Darm entweder vorlagern oder primär reseciren. Zu verwerfen ist vor Allem die Reposition nach Übernähung nekrotischer Schnürfurchen oder kleiner Perforationen. Der Anus praeternaturalis ist ein Nothbehelf; er soll, genügende Erfahrung des Operateurs vorausgesetzt, nur angelegt werden bei starkem Collaps oder ausgedehnter periherniöser Phlegmone. **Borchard** (Posen).

10) **A. M. Phelps.** Radical cure of inguinal hernia.

(New York med. record 1901. Februar 2).

Nach einer geschichtlichen Übersicht über die Bruchoperationen theilt P. mit, dass er seit seinem Berichte auf dem XIII. internationalen Kongresse zu Paris wieder 12 Hernien, von denen 3 Recidive nach Bassini darstellten und von den besten Chirurgen New Yorks operirt waren, mit glücklichem Erfolge nach seiner Silberdrahtprothesenmethode behandelt habe. Er verfügt jetzt über 228 Pat. ohne Rückfälle. 18mal trat [ohne Todesfall] Wundinfektion meist vom Stichkanal aus ein. Diese lokalen Infektionsherde wurden erst mit reiner

Karbolsäure behandelt, dann mit Alkohol ausgewaschen und erforderten selten eine Nachoperation. Man soll nur das Stückchen Silberunterlage entfernen, wo die Eiterung entstand, sich aber möglichst hüten, die tiefen Nähte zu lösen. Es scheint kein Fall eingetreten zu sein, wo sich Folgen eines Verstoßes gegen die Principien der Wundbehandlung ergaben.

Verf. bedient sich der Silbernaht bei allen Bauchwunden und schreibt es ihr zu, dass er in vielen hundert Fällen keine Hernie gesehen hat. Auch bei Defekten des Schädeldaches stellt er durch Nath ein Netzwerk her, über dem die Weichtheile mit Katgut geschlossen werden. Bei Riss der Bicepssehne hofft er der Streckung des Narbengewebes durch eben solche Fixationen abgeholfen zu haben.

Der Bruchsack wird von P. nicht zu kurz abgeschnitten, fortlaufend mit Silberdraht genäht, M. transversalis und obliquus internus werden getrennt vom externus ebenso vereinigt, die dritte Naht schließt die Aponeurose des Externus und die Pforte; schließlich wird die Haut mit Katgut genäht; sorgfältige Blutstillung. Die Silberdrahtmatratze wird unter die Muskellagen und über den genähten Bruchsack eingebettet, der Samenstrang liegt direkt unter der Haut.

Die Silberdrahtstütze, so wie die Reproduktion großer Massen von festem Narbengewebe ermöglichen auch dort ein vollkommenes Resultat, wo die einfache Vereinigung, wie eine solche bei allen früheren Operationen stattfindet, eine genügende Barrière gegen den Innendruck nicht liefern kann. **Loewenhardt** (Breslau).

---

11) **R. Alessandri.** La hernie de la vessie avec aperçus spéciaux sur sa pathogénie.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XIV. Hft. 1—2.)

Unter Zugrundelegung von 4 eigenen Beobachtungen und unter genauer Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur hat Verf. einen lesenswerthen Beitrag zur Blasenhernie geliefert und nicht nur auf klinischem, sondern auch auf experimentellem Wege die Pathogenese dieser Affektion zu ergründen gesucht. Nach diesen Forschungen ist die Pathogenese der Blasenhernie sehr wechselnd und kann nicht auf einen einzigen ätiologischen Faktor zurückgeführt werden. Die Frage, ob eine Cystocele immer primär oder sekundär ist, muss in eklektischem Sinne beantwortet werden. Die extraperitonealen, inguinalen Cystocelen, die öfters auch beiderseitig vorkommen, sind sicher primärer Natur. Prädisponirende Elemente sind hier die Ausdehnung und Schlaffheit der Blasenwandungen so wie die verminderte Widerstandsfähigkeit der Bauchwand. Lipome können die Bildung einer Cystocele begünstigen; sie sind aber jedenfalls nicht von der ausschließlichen Wichtigkeit, die ihr viele Autoren zuertheilen. Vor allen Dingen muss man auch Rechnung tragen den angeborenen Divertikeln und der angeborenen asymmetrischen Form, so wie ganz besonders allen den pathologischen Formveränderungen der Blase, wie sie sich in

Folge Erkrankungen der Prostata und Harnröhre ausbilden. Hierzu kommt noch als weiteres begünstigendes Moment die Bildung partieller Verwachsungen der Blasenwand. Die paraperitonealen Cystocelen lassen dieselbe Ätiologie erkennen; aber es giebt hier — und das sind vielleicht die häufigsten Formen — auch sekundäre paraperitoneale Cystocelen, die durch den Zug eines präexistirenden Bruchsackes entstehen. Bei den außerordentlich seltenen intraperitonealen Cystocelen endlich handelt es sich um eine fast excessive »Beweglichkeit« der Blase, begleitet von starker Ausdehnung und Schlaffheit der Wandungen. **P. Wagner** (Leipzig).

---

12) **Zervos** (Athen). Sechs Fälle von Leberechinokokken mit Durchbruch in die Lunge.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 4.)

Aus den mitgetheilten Krankengeschichten der 6 Fälle, von denen nur einer ohne Operation zur Heilung kam, die übrigen tödlich verliefen und mit Ausnahme eines nach dem Tode untersucht werden konnten, glaubt Verf. folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1) »Die aufbrechenden Echinokokkencysten nehmen die gewölbte Oberfläche der Leber oder die untere Fläche der Lunge ein, in welche sie von der Leber durchgebrochen sind.

2) Wenn sie aufbrechen, so führen sie meist den Tod herbei.

3) Die von den französischen Ärzten vorgeschlagene und angewandte Therapie der Leberechinokokken durch Capitonage (Herausnahme der Echinokokkencyste mit Vernähung der Leberränder. Ref.) ist nicht nur unnütz und erfolglos, sondern sie verhindert auch nicht die Reproduktion der Cysten und setzt die Pat. den furchtbarsten Gefahren aus, da die Cysten nach der Capitonage sich vollständig wiederbilden und sich, da sie sich wegen der hermetischen Vernähung der Leberwandungen nicht nach der vorderen oder unteren Fläche der Leber entwickeln können, nach oben entwickeln, in die Lunge durchbrechen und so den Tod durch Asphyxie oder Pneumonie herbeiführen.« **Kramer** (Glogau).

---

13) **H. Lindner.** Einige Bemerkungen zur Gallensteinchirurgie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

L. macht zunächst darauf aufmerksam, dass die klinische Bedeutung der Gallensteinkoliken vielfach überschätzt werde, dass vielmehr nicht selten Gallensteinkranke nur über Beschwerden seitens der Verdauung klagen. Des weiteren betont er, dass man die Gallenblase nicht einfach als atavistisches Divertikel betrachten solle. Man müsse sich daher auch besinnen, eine noch funktionsfähige Gallenblase zu entfernen. Wo nicht die ganze Gallenblase erhalten werden kann, möchte sich unter sonst geeigneten Verhältnissen eher eine Resektion derselben empfehlen. Ein sehr großer Theil der Gallen-

steinkoliken sei auf Enzündungen der Gallenwege zu beziehen, indessen könne auch Einklemmung ohne nachfolgende Entzündung zu Koliken führen. 2 Arten von Anfällen können unterschieden werden, von denen die eine das typische Bild der Kolik zeigt mit blitzartig eintretendem Beginne, hochgradigem Verfalle des ganzen Körpers und oft auch plötzlichem Aufhören, während bei der anderen die Erscheinungen nicht den excessiven Grad erreichen, auch An- und Abschwellen mehr ausgesprochen ist. Bei der ersten Art hat man zahlreiche kleine, bei der zweiten einzelne große Steine zu erwarten. Es gehöre eben zum ganz typischen Gallensteinanfalle die Einklemmung eines Steines im Cysticus, bei den weniger perakut verlaufenden Anfällen handle es sich im Allgemeinen darum, dass ein großer Stein nur den Abfluss hindere, die Anschwellung der Gallenblase ermögliche, oder dass er überhaupt nur zu Entzündung in der Blase und in Folge dessen zu einem Zuschwellen des Cysticus führe. Wie schwierig die Differentialdiagnose zwischen lithogenem und nicht lithogenem Choledochusverschlusse sein kann, wird an Hand mehrerer, sehr interessanter Beispiele erläutert. Den Schluss der Ausführungen bildet eine Besprechung der Perforation der Gallenwege durch Steine und ihrer Folgeerscheinungen, wiederum unter Zugrundelegung mehrfacher eigener Fälle. **Honsell** (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

Die instrumentelle Anlegung der Ligaturen.

Von

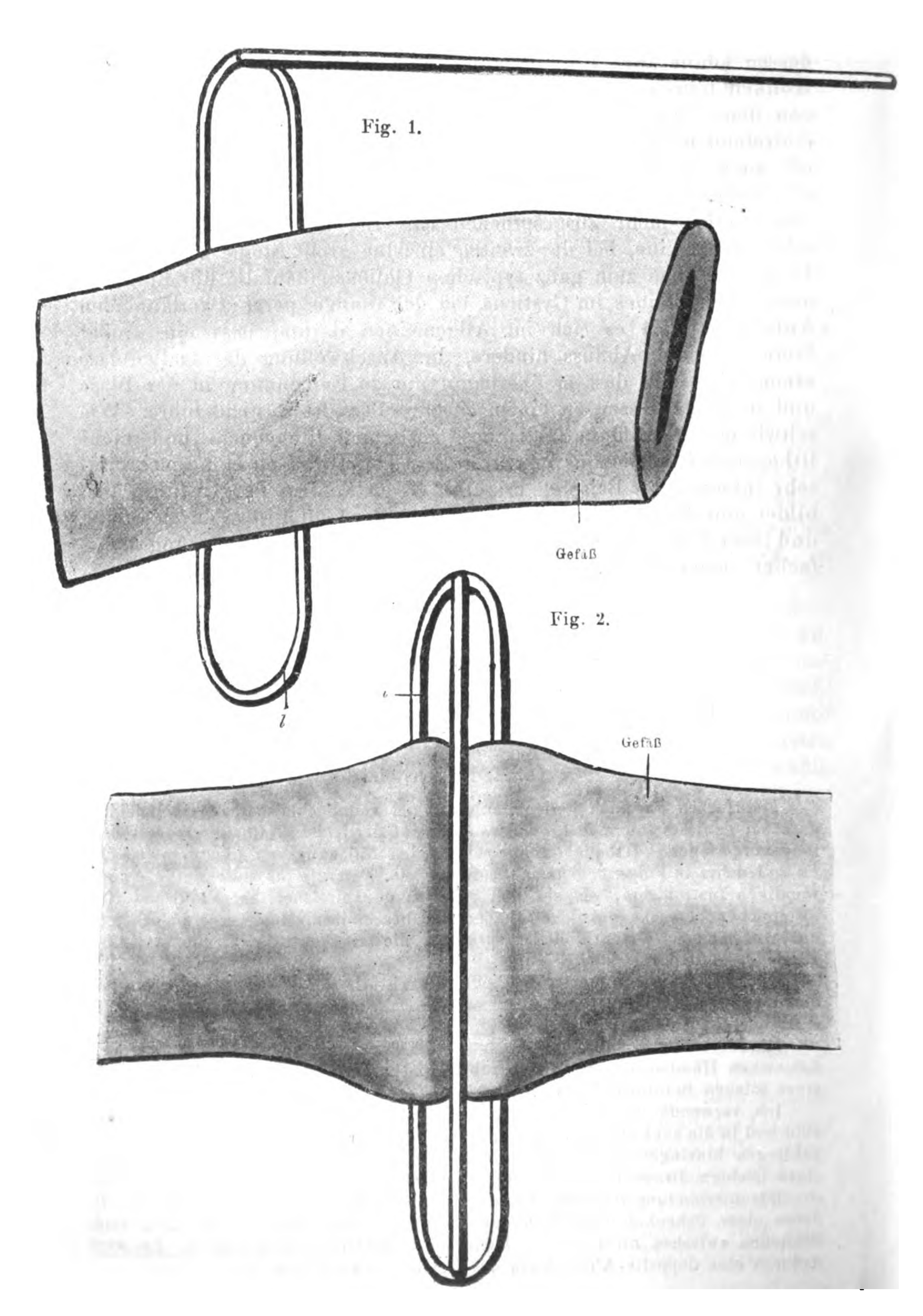
Dr. M. Katzenstein.

Mehrfachen an mich gerichteten Anfragen von Fachgenossen entnehme ich, dass ein gewisses Interesse für die von mir auf der letzten Naturforscherversammlung vorgetragene Methode der instrumentellen Anlegung von Ligaturen besteht. Es soll daher in Folgendem meine Aufgabe sein, kurz die für diese Methode nothwendigen Instrumente, wie sie sich auf Grund zahlreicher, im Frühjahre 1900 begonnener Versuche entwickelt haben, zu beschreiben. Ich werde jedoch jetzt nur von meinen letzten Modellen sprechen, die seit August v. J. mit Erfolg angewendet werden.

Über die Entwicklung der Methode, die Theorie der Wirkung der Ligaturen, die Art ihrer Einheilung und über meine Erfahrungen werde ich demnächst in einer ausführlichen Arbeit berichten.

Die Methode bezweckt eine Anlegung der Ligaturen, ohne dass der Operateur mit seinen Händen die Wunden berührt, und bringt die häufigste Veranlassung einer solchen Berührung in Wegfall.

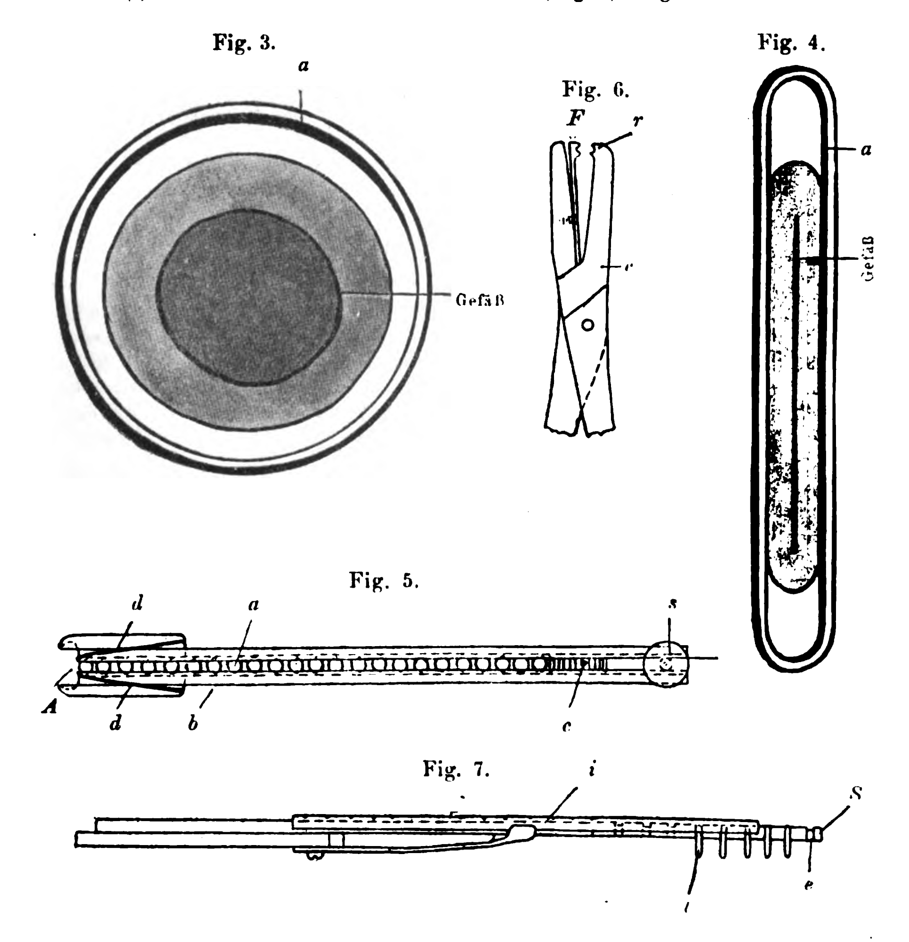
Ich verwende gewöhnliche Péans, die mit kleinen Modifikationen versehen sind und in die zur Unterbindung dienenden, vor der Operation schon fertiggestellten Schlingen hineingebracht werden. Diese Schlingen sind so gebildet, dass es nur eines leichten Druckes mit dem Péan bedarf, um sie zu schließen. Für Kontinuitätsunterbindung verwende ich eine winkelig abgebogene Drahtschlinge (Fig. 1), deren einer Schenkel doppelt ist und deren anderer einfacher Schenkel beim Schließen zwischen diese beiden Theile hineingeklemmt wird (Fig. 2). Es wird dadurch eine doppelte Abknickung des Gefäßes bewirkt (Fig. 2).


Fig. 1.
Gefäß
l
Fig. 2.
l
Gefäß

Für durchschnittene und blutende Gefäße wird ein kleiner Drahtring verwendet, mit dem das Gefäß leicht gefasst und unterbunden wird (Fig. 3 u. 4 Querschnitt).

Entsprechend diesen Ringen bezw. Schlingen habe ich mir je einen Zuführungsapparat machen lassen, mit Hilfe dessen der Péan armirt wird.

Der zur Aufnahme für die Ringe bestimmte Apparat (Fig. 5) besteht aus einer kleinen Schiene, in die die Ringe (*a*) eingefüllt werden. An einer Seite hat die Schiene eine Aushöhlung (*A*), in die der geöffnete Péan hineinpasst; am anderen Ende befindet sich eine Stellschraube (*s*), damit der die Ringe fortbewegende Schieber (*c*) nicht herausfallen kann. Der Péan (Fig. 6) trägt an seinem oberen



Ende eine Rinne (*r*) zur Aufnahme der Ringe; diese Rinne befindet sich an der einen Branche an einer Feder (*f*).

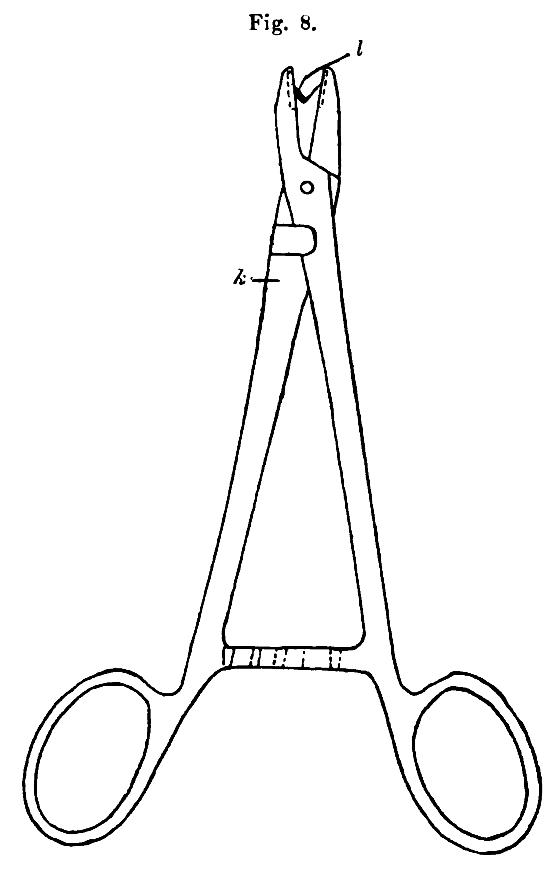
Bringt man nun den Péan geöffnet in den Ausschnitt (*A*) und schiebt den Schieber (*c*) vor, so geht der 1. Ring in die Rinne des Péans über, aus der er in Folge der Wirkung der Feder (*f*) nicht herausfallen kann. So armirt wird der Péan dem Operateur überreicht.

Ähnlich ist die Einrichtung für die offenen Schlingen. Diese (*l*) werden der Reihe nach auf eine dreieckig gebildete, mit entsprechend gebildeten Einschnitten (*e*) versehene Stange (*S*) aufgelegt (Fig. 7) und durch den Schieber (*i*) festgehalten, so zwar, dass ihre oberen Enden frei bleiben. Diese werden von

dem, mit entsprechenden Rinnen versehenen Péan gefasst. Darauf wird der Schieber (*i*) zurückgezogen, und nun bleibt die Schlinge *l* in dem Péan haften (Fig. 8), der so dem Operateur übergeben wird.

So wird die Unterbindung »ohne Hände« ermöglicht. Statt des Fassens der Gefäße und der darauf folgenden Anlegung der Ligatur wird die Unterbindung

Fig. 8.



des Gefäßes mit dem Fassen desselben a tempo ausgeführt, ein Verfahren, das mit der sicheren Asepsis eine wesentliche Vereinfachung und eine bedeutende Zeitersparnis verbindet.

Die Instrumente werden von der Firma Louis und H. Löwenstein, Berlin N., fabricirt.

(Aus der geburtshilflichen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga.
Dir. Arzt: Dr. med. A. Keilmann.)

Eine seltene Hüftgelenksaffektion beim Neugeborenen.

Von
Dr. **K. Trantzscher,**
ehemaligem Assistenzarzte.

Die angeborenen Missbildungen des Hüftgelenkes kann man je nach dem Sitze der anatomischen Veränderungen in 3 Gruppen theilen: das eine Mal ist der

Kopf und die Pfanne, das andere Mal der Schenkelhals, das 3. Mal nur die Kapsel betheiligt. Die größte praktische Bedeutung hat die 1. Form, die am häufigsten zu finden ist und in dem klinischen Bilde der Luxation ihren Ausdruck findet. Wie bekannt, handelt es sich hier nicht nur um eine abnorme Stellung des Kopfes zur Pfanne, sondern auch um pathologische Veränderungen in beiden. Die Pfanne fehlt niemals und nimmt die richtige Stelle ein. Auch erscheint meistens das Becken normal. Nur besteht ein Missverhältnis zwischen beiden. Die Pfanne ist flach, und ihre hintere Wölbung füllt ein Fett- oder Bindegewebspolster aus. Oder sie ist eng oder mehr in die Länge gezogen, während der Kopf bald dick, bald rundlich, bald konisch, bald langgestreckt erscheint und immer größer ist als die Pfanne. An der Kapsel selbst sind dabei selten Veränderungen zu konstatiren. Als Folgeerscheinung beobachtet man eine geringere Entwicklung der Muskulatur des luxirten Beines.

Viel kleiner ist dagegen die Gruppe der Deformitäten, die sich auf den Schenkelhals erstreckt. Die Verkrümmung desselben ohne anderweitige Knochenerkrankung ist sehr selten, während die als Coxa vara rachitica bezeichnete Form schon häufiger vorkommt. Es finden sich meist dabei Veränderungen in anderen Gelenken.

Mit diesen beiden Gruppen sind die Missbildungen im Ganzen erschöpft. Was sich noch weiter findet, gehört zu den Ausnahmen, so die von Kirmisson beschriebene Verkürzung der hinteren Kapselwand, wodurch eine gewisse Ähnlichkeit mit der Coxa vara vorgetäuscht wurde.

Ein ähnlicher Fall von Kapselveränderung ist in diesem Jahre in der geburtshilflichen Station des Rigaer Stadtkrankenhauses zur Beobachtung gekommen. Hier saß die Veränderung in der vorderen Kapselwand und bestand in einer Verkürzung des Lig. ileo-femorale, wie es sich erst durch die Sektion feststellen ließ.

Ich will mir erlauben, die Geburtsgeschichte genau zu referiren, da sie für die Ätiologie von Wichtigkeit ist.

W. B., 31 Jahre alt, Ipara, wurde am 20. Januar 1901 in die geburtshilfliche Abtheilung aufgenommen.

Die Kreißende ist kräftig gebaut, in gutem Ernährungszustande. Sie befindet sich im 10. Schwangerschaftsmonate, hat am Morgen des 19. Januar die ersten Wehen gehabt, wobei ihrer Angabe nach etwas Flüssigkeit abgegangen ist. Es wird ein verengtes Becken gefunden und die 1. Steißlage diagnosticirt. Die Blase ist gesprungen. Die Geburt geht nur langsam vorwärts. Trotz kräftiger Wehen ist erst am Morgen des 4. Tages (am 23. Januar) der Steiß tiefer getreten und der Muttermund verstrichen. Die bis dahin kräftigen und lauten Herztöne werden unregelmäßig und dumpf, so dass die Extraktion in Narkose vorgenommen wird (Assistenzarzt Dr. Ruth). Die Scheide ist sehr eng, namentlich der Scheideneingang, so dass man mit dem Finger die hintere Hüftbeuge nicht erreichen kann. Es wird der Steißhaken eingeführt, der leicht in die hintere Hüftbeuge gleitet und gut sitzt. Die Extraktion ist bis zur Schulter leicht, worauf nach Lösung der Arme der Kopf durch die Impression und den Veit'schen Handgriff extrahirt wird. Störend fiel dem Assistenten bei dieser Manipulation die behinderte Extension in der Hüfte und die starke Lordose der Lendenwirbelsäule auf. Das Kind wird todt geboren. Es ist ein Knabe von 3450 g, 54 cm lang mit einem Kopfumfange von 36 cm. Es ist kräftig entwickelt, der Schädel normal, die Knochen von normaler Festigkeit, gut gebaute und gut bewegliche obere Extremitäten, die in keinem Gelenke irgend welche Bewegungseinschränkungen zeigen.

Der Thorax ist breit, gut gewölbt, das Schlüsselbein, das Schulterblatt, die Rippen und die Wirbelsäule sind kräftig und normal. Eben so das Becken.

Rotation, Abduktion und Adduktion und Flexion sind im Hüftgelenke normal. Die Extension ist beiderseits beschränkt. Links kann man die untere Extremität nur bis 135° strecken, rechts nur bis 120°.

Bei Bewegungen im Hüftgelenke, wenn man das Femur stärker gegen das Becken drückt, nimmt man dazwischen ein Gleiten über einen leichten Widerstand wahr. Die Roser-Nélaton'sche Linie ist beiderseits gleich und normal

— der Trochanter erhebt sich nicht über sie — eben so ist die Länge der Oberschenkel beiderseits gleich.

Bei der Streckung im Hüftgelenke ad maximum lässt sich unter der Haut, die nicht gespannt und leicht in Falten abzuheben ist, ein derber Strang fühlen, der von der Spina o. il. a. inf. allmählich dünner werdend an der Vorderseite des Oberschenkels abwärts zieht und im unteren Drittel kaum mehr zu fühlen ist. Nach Durchschneidung der Haut und der sich anspannenden Fascia lata mit dem M. tensor fasciae spannt sich der Quadriceps an. Doch ist die Zunahme der Extension danach beiderseits nur sehr gering. Nach dem Freipräpariren des Gelenkes findet man, dass der Trochanter major an das Becken stößt. Doch ist dies Hindernis bei geringer Innenrotation leicht ausgeschaltet, und man erkennt jetzt deutlich, dass die vordere Gelenkkapsel die weitere Extension unmöglich macht. Am eröffneten linken Gelenke fällt die geringe Tiefe der Pfanne auf, wie sie bei dem Neugeborenen normal ist, mit dem breiten und starken Lig. teres. Das Gleiten des Kopfes über einen geringen Widerstand bei stärkerem Aneinanderpressen der Theile findet in diesem normalen Bau des kindlichen Gelenkes seine Erklärung. Das Femur ist kräftig, eben so wie die übrigen Knochen der unteren Extremität, der Winkel des Schenkelhalses zum Schafte unterscheidet sich durch nichts von den normalen Verhältnissen, die Höhe des Trochanters zum Schenkelkopfe bietet nichts Abnormes. Nur fällt bei genauerer Betrachtung eine leichte Abflachung des Kopfes an der inneren und hinteren Seite auf.

Die Beweglichkeit im Knie ist normal, doch ist die Kapsel schlaff und lässt ohne Schwierigkeit eine Annäherung oder Entfernung der Knochen von einander zu. Im Fußgelenke sind ebenfalls normale Bewegungsverhältnisse zu finden.

Auffallend ist die Veränderung im Hüftgelenke bei einem normal gebauten und kräftig entwickeltem Kinde, wo jegliche Spuren von Knochenerkrankung fehlten. Eine klinische Diagnose zu stellen, war nicht leicht. Die Extensionsbehinderung des Oberschenkels, die durch eine starke Lordose der Lendenwirbelsäule kompensirt wurde, machte auf den ersten Blick den Eindruck einer doppelseitigen Luxation. Doch konnte man sich leicht überzeugen, dass die Trochanteren beiderseits nicht höher als normal standen und die Roser-Nélaton'sche Linie nicht überragten. Es lag nahe, an eine Coxa vara zu denken, obgleich diese Annahme zu dem übrigen Befunde gar nicht passte. Erst die Sektion gab die Aufklärung. Eine normale Pfanne, nicht flacher, als sie beim Neugeborenen zu sein pflegt, mit einem gut ausgebildeten Labrum glenoidale, ein entsprechender Kopf dazu, nicht zu groß für dieselbe, rundlich, nur an einer Stelle, hinten und innen, ein wenig abgeflacht, und ein Schenkelhals von gewöhnlicher Länge ohne Verbiegung und ohne Verkrümmung. Im Gelenke eine normale Synovialis. Die Kapsel, kräftig und stark, spannte sich in ihrem vorderen Theile, in dem Lig. ileo-femorale bei stärkerer Extension derart an, dass die äußerste Grenze mit 120° resp. 135° erreicht war.

Worin lag die Ursache dieser auffallenden Erscheinung? Da Mutter und Kind völlig gesund waren, liegt es nahe, nicht die Konstitution, sondern die äußeren Verhältnisse als Erklärung heranzuziehen. Erinnern wir uns, dass das Kind in Steißlage geboren wurde und die Menge des Fruchtwassers gering war. Und das ist sehr wichtig. Gerade der intra-uterine Raummangel, der bei den verschiedenen Hüftgelenksaffektionen, so vor Allem bei der Luxation eine große Rolle spielt, weist uns auf den richtigen Weg. Nehmen wir an, dass die angegebene Lage des Kindes schon mehrere Monate bestanden hat, so ist dadurch eine starke Einschränkung der normalen Kindsbewegungen bedingt, die sich aber nur auf die untere Extremität bezieht. Denn die obere hat neben dem verhältnismäßig großen Kopfe genug Spielraum, sich zu bewegen. Liegt das Kind in Schädellage, so ist durch die birnförmige Form des Uterus, der oben breiter ist, auch für die Bewegungsfähigkeit der unteren Extremität genügend Raum vorhanden. Ganz anders aber bei der Steißlage. Die starke Flexionsstellung in der Hüfte wird durch den Mangel an Fruchtwasser zu einer dauernden. Die Folge ist eine Inaktivitätsatrophie, die sich auf die Flexoren und das Gelenk erstreckt.

Am deutlichsten kommt sie in der Verkürzung des Lig. ileo-femorale zum Ausdrucke. Doch auch die Fascie ist betheiligt. Ganz dieselbe Erscheinung, wie wir sie sonst bei länger eingehaltener abnormer Gelenkstellung beobachten, konnten wir hier finden, nämlich eine Schrumpfung der Fascia lata und eine geringere Ausdehnungsfähigkeit des M. quadriceps. Alle diese Erscheinungen waren beiderseits deutlich ausgesprochen und stützen unsere Annahme von der rein mechanischen Wachsthumsbehinderung der Beugemuskulatur und der vorderen Gelenkkapsel.

---

14) **A. Broca.** Péritonite à pneumocoques.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 84.)

B. theilt 2 Beobachtungen mit, in denen er unter dem Eindrucke, eine Appendicitis mit eitrigem Ergusse in die Bauchhöhle vor sich zu haben, die Laparotomie machte. In einem der beiden Fälle, in dem die bakteriologische Diagnose aus dem Eiter gestellt werden konnte, fand man bei der Autopsie einige pneumonische Herde in beiden Lungen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

15) **J. Grossmann.** Beiträge zur Kenntnis der Proteusinfektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle handelte es sich um eine akute Perityphlitis mit folgender rasch tödlich verlaufener Peritonitis. Bei der 2 Tage vor dem Tode vorgenommenen Laparotomie wurden Eiter und Membranen steril aufgefangen. Sie zeigten mikroskopisch zahlreiche Stäbchen und kokkenartige Bakterien. Auf Nährböden wuchern Reinkulturen des Proteus; geimpfte Thiere gingen ebenfalls an Proteusinfektion zu Grunde. Die Identität mit dem echten Proteus vulgaris wurde in sehr eingehender Weise festgestellt. Verf. glaubt nach seinen Befunden annehmen zu dürfen, dass der Proteus in seinem Falle als alleiniger Erreger der Peritonitis anzusehen war. **Honsell** (Tübingen).

16) **K. Port** (Nürnberg). Die Eröffnung perityphlitischer Douglasabscesse vom Parasacralschnitte aus.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 4.)

Bericht über erfolgreiche Freilegung und Eröffnung eines hochgelegenen epityphlitischen Abscesses im Douglasraume von einem parasacralen Schnitte (C. Koch) aus. P. rühmt letzterem, abgesehen von der Vermeidung der Kothinfektion, nach, dass eine breite Abflussöffnung für den Eiter geschaffen und das Operationsfeld gut übersehen werden könne, und hält das Verfahren gegenüber dem J. Rotter'schen besonders für die hochgelegenen Abscesse angezeigt.

Kramer (Glogau).

17) **F. Berndt** (Stralsund). Über Epityphlitis und den gegenwärtigen Stand ihrer Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 6 u. 7.)

Der Standpunkt B.'s entspricht im Wesentlichen dem heut zu Tage von der Mehrzahl der deutschen Chirurgen eingenommenen, so dass wir uns beschränken können, hier nur die von ihm erreichten schönen Resultate anzuführen. Es wurden von B. zusammen 40 Fälle operirt: 1) Im anfallsfreien Stadium 15 Pat., sämmtlich geheilt. 2) Unmittelbar nach Ablauf eines akuten Anfalles 7 Pat., sämmtlich geheilt. 3) Eröffnung großer abgekapselter Abscesse, mit länger dauerndem Fieber bei 5 Pat., sämmtlich geheilt. 4) Operation im akuten Anfalle: a. bei nicht perforirtem Wurmfortsatze bei 2 Pat., beide geheilt; b. bei Appendicitis perforativa oder gangraenosa bei 11 Pat., davon geheilt 5, gestorben 6. Von letzteren waren 2 Fälle von akuter totaler Gangrän des Wurmfortsatzes; 3 Fälle wurden fast pulslos der Anstalt zugewiesen; der letzte starb nach Anfangs günstigem Verlaufe an fortschreitender Peritonitis.

Zur Nachuntersuchung sind 24 der Operirten gekommen; 3 zeigten einen Bauchbruch. Darmfisteln hatten bei der Entlassung 2 Pat.; bei dem einen schloss sie sich spontan, beim anderen führten Nachoperationen nicht zum Ziele.

Kramer (Glogau).

18) L. J. Ladinski. Internal hemorrhage the result of traumatic rupture of adhesions due to acute appendicitis with the report of a case.

(New York med. record 1900. December 15.)

Eine außerordentlich merkwürdige Blutung aus Gefäßen des Wurmfortsatzgekröses, das durch ein Trauma zerriss. Die unmittelbar nachfolgenden septischen Erscheinungen rührten von einer vermuthlich kurz vorher eingetretenen Appendicitis her; der $8^1/_2$ Jahre alte Knabe hatte früh über Schmerzen im Leibe geklagt und erlitt Nachmittags einen schweren Sturz vom Treppengeländer. Durch die Operation wurde mit Erfolg der Wurmfortsatz entfernt; er war U-förmig einerseits durch sein Gekröse, andererseits oben und innen am Blinddarme durch frische Adhäsionen fixirt. Die ganze Region war injicirt und hyperämisch. Die Peritonealhöhle wurde vom Blute gereinigt, mit Salzwasser ausgewaschen und geschlossen. Ungestörte Genesung. **Loewenhardt** (Breslau).

19) F. Neugebauer. Bericht über die im Allgem. Krankenhause zu Mähr.-Ostrau operativ behandelten Fälle von Appendicitis.

(Prager med. Wochenschrift 1900. No. 37 u. 38.)

N. berichtet in einem im Centralvereine deutscher Ärzte Mährens gehaltenen Vortrage über die im Ostrauer Krankenhause operirten Appendicitisfälle. Hervorgehoben zu werden verdienen 8 Fälle von larvirter Appendicitis, welche theils wegen rechtsseitigen Leistenbruches, theils wegen Retroversio uteri Aufnahme gefunden hatten. Nachdem man in den ersten Fällen zufällig bei Eröffnung des Bruchsackes auf den eigentlichen Urheber der Beschwerden gestoßen war, konnte man in den weiteren nach genauer Anamnese eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen, die nur einmal bei der Operation keine Bestätigung fand. Die subjektiven Beschwerden waren so wenig charakteristisch, dass sie durch die des vorhandenen Leidens sehr wohl maskirt werden konnten. Objektiv konnte im Gegensatze zu Ewald ein walzenförmiger Körper nie getastet werden, obwohl manchmal beträchtliche Hypertrophien des Organes vorlagen. Verf. weist darauf hin, wie leicht es geschehen kann, dass z. B. ein rechtsseitiger Leistenbruch radikal beseitigt wird bei Übersehen der tiefer gelegenen Leidensursache. Er empfiehlt desshalb in solchen Fällen genaues Studium der Anamnese bezw. Einblicknahme ins Cavum peritonei durch Öffnung des Bruchsackes.

Von den übrigen Fällen sei einer erwähnt, bei welchem als sehr ungewöhnlicher Inhalt eines Wurmfortsatzes sich metallisches Quecksilber vorfand.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

20) R. Lenzmann. Über Appendicitis larvata.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1901. No. 5.)

In einem auf der Naturforscherversammlung zu Aachen gehaltenen Vortrage berichtet L. über 5 Kranke, deren Untersuchung zur Diagnose der von Ewald so genannten Appendicitis larvata führte. In der Anamnese fehlten die charakteristischen Anfälle; der Entzündungszustand des Wurmfortsatzes hatte sich schleichend entwickelt. Die Beschwerden wiesen auf eine Erkrankung des Wurmfortsatzes nur sehr mittelbar hin. Es bestanden meist kolikartige Schmerzen in der Nabelgegend und Appetitlosigkeit; 1mal ließ sich nur schmerzhaftes Magendrücken nach dem Essen und Hyperacidität des Mageninhaltes feststellen. Als sicheres objektives Zeichen war jedoch stets ein Wulst in der Regio ileo-coecalis zu tasten, welcher durch den Eingriff als Wurmfortsatz bestätigt wurde.



In diagnostischer Beziehung räth L. bei der Untersuchung das rechte Bein des Kranken aktiv heben zu lassen. Der sich kontrahirende M. psoas erhebe so den über ihn wegziehenden Wurmfortsatz und mache ihn der Tastung zugänglicher unter Voraussetzung einer normalen Lagerung.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

21) **Auvray.** Hernie inguino-interstitielle chez la femme (hernie de Goyrand).

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 46.)

Der Fall, welcher eine 45jährige Frau betraf, bot die Zeichen eines Ileus dar. Nachdem der Bauch in der Mittellinie geöffnet war, zeigte sich die Fossa iliaca dextra frei. Die untersuchende Hand wurde durch eine dem Herausziehen Widerstand leistende Darmschlinge auf eine Stelle an der rechten vorderen Bauchwand geführt, welche dem peritonealen Anfange des Leistenkanales entsprach. Hier konnte der Zeigefinger in einen Ring eingeführt werden, in welchem sowohl die ausgedehnte wie die zusammengefallene Partie des Darmes verschwand. Jetzt wurde an dieser Stelle von außen her incidirt: Haut, subkutanes Fettgewebe, Aponeurose des M. obl. ext. Zwischen dieser Aponeurose und dem M. obl. int. lag die eingeklemmte Darmschlinge, angeschwollen, verfärbt, mit Fibrinmembranen bedeckt. Die Länge des eingeklemmten Stückes betrug 12 cm; es schien sich noch während der Operation zu erholen und wurde reponirt. 6 Tage später ging die Kranke an Perforativperitonitis zu Grunde. Die primäre Darmresektion hätte kein schlechteres Resultat ergeben können. (Ref.)

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

22) **Chavannaz.** Noeud épiploïque dans une hernie inguinale. Hydrocèle enkystée du cordon et hydrocèle vaginale concomitantes. Intervention. Guérison.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 51.)

In dem Bruchsacke eines irreponiblen Bruches (17jähriger Junge) fand C. das Netz an seinem freien Ende umgebogen, eine Schlinge bildend. Der aufsteigende Antheil derselben rollte sich um die Hauptmasse des Netzes 2mal herum. Der dadurch entstandene Knoten war nicht sehr fest angezogen und konnte gelockert werden. Resektion des stark verdickten Netzstückes.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

23) **A. Schanz** (Dresden). Bruchband mit elastischer Beutelpelotte.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 9.)

S. empfiehlt für die nicht reponiblen Brüche an Stelle der hohlen Pelotte, unter deren Rand sich Bruchinhalt leicht vordrängt, einen schmalen stählernen Ring, welcher die Bruchgeschwulst an ihrer Basis umgreift, mit einem in ihn eingenähten Gummitrikotbeutel. **Kramer** (Glogau).

24) **Wiesinger.** Ein Fall von Volvulus des Magens mit totalem dadurch bedingten Verschlusse von Cardia und Pylorus und akuter Fettnekrose. Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 6.)

Ein 41jähriger Mann erkrankte nach einem reichlichen Frühstücke unter den Erscheinungen eines akuten Ileus. Es bildete sich dazu eine Geschwulst im linken Hypochondrium aus, die nach und nach die ganze Bauchhöhle einnahm. Am 4. Tage nach Beginn der Erkrankung Aufnahme in das Krankenhaus, sofortige Operation. In der Bauchhöhle eine mäßige Menge blutiger Flüssigkeit mit Fibringerinnseln. Die Geschwulst imponirt als Pankreascyste, die den Magen prall gespannt hatte. Das Netz zeigte zahlreiche Fettnekrosen. Nach Entleerung von ca. 4 Litern Flüssigkeit theils nach Punktion, theils nach Incision der vorderen

Magenwand ließ sich erkennen, dass der Magen völlig um seine Achse um 180° gedreht und dass so Pylorus und Cardia völlig geschlossen waren. In dieser Lage war der Magen durch einige nicht zu feste Adhäsionen fixirt, nach deren stumpfer Lösung und Zurücklagern des Colon an seine normale Stelle sich der Magen um seine Achse drehte.

Das Lig. gastrocolicum war mehr oberhalb des Magens gelagert und daselbst fixirt. Das Mesocolon war stark gedehnt. Wichtig ist ferner die Heilung der Fettnekrose nach Beseitigung der Ursache. **Borchard** (Posen).

25) **Häberlin** (Zürich). Kasuistische Beiträge zur Magenchirurgie.
(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 9.)

Aus dem von H. vorgeführten Operationsmateriale von 8 Fällen seien nur ein seit $4^1/_2$ Jahren geheilter Fall von Magenresektion wegen Krebs, ein günstig verlaufener von Pylorusausschneidung wegen chronischen Geschwürs und 2, 24 resp. 30 Stunden nach erfolgtem Magengeschwürsdurchbruche gemachte Bauchschnitte kurz hervorgehoben, die den tödlichen Ausgang nicht aufhalten konnten; in dem ersten dieser letzteren 2 Fälle wurde die Perforation in die Bauchwand eingenäht, in dem anderen durch Nähte verschlossen. Die übrigen Pat. überstanden die Operationen gut. **Kramer** (Glogau).

26) **J. Nicolaysen.** Nachuntersuchungen über 27 chirurgisch behandelte Fälle von Ulcus ventriculi chronicum.
(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. XI. Abth. 17. [Norwegisch.])

Verf. hat in 27 Fällen von chronischem Magengeschwür 5mal Pyloroplastik und 22mal Gastroenterostomie (3 anteriores, 19 posteriores) ausgeführt. 2 Pat. sind unmittelbar an der Operation gestorben; in Betreff der übrigen hat Verf. Funktionsprüfungen gemacht und Blutkörperchenzählungen nebst Stoffwechseluntersuchungen ausführen lassen. 12 Fälle hat er mehr als 2 Jahre nach der Operation, 8 ein Jahr verfolgen können.

Wenn die Stenose hochgradig war, kam totale Wiederherstellung der Motilität erst nach mehreren Monaten zu Stande; in den mittelschweren und leichteren Fällen dagegen war diese schon nach 4 Wochen normal. Ein entsprechendes Verhalten zeigte die Resorptionsfähigkeit in Betreff der stickstoff- und fetthaltigen Nahrungsmittel.

Sehr interessant sind die Untersuchungen über die Ausnutzung der Nahrungsmittel, die bei 2 Pat. gemacht wurden. Der eine wurde 1 Jahr, der andere 15 Wochen nach der Operation untersucht; der erste verlor mit den Fäces 3,8% der Fettstoffe der Nahrung, der andere — bei gleichem Gehalte von Fettstoffen — 13,11%. Ein Jahr später wurde der 2. Pat. noch einmal untersucht; der Verlust der Fettstoffe betrug dann nur 3,63%.

Unter den ferner liegenden Resultaten der Operation zählt Verf. 4 Todesfälle 1—21 Monate nach der Operation auf; sie erfolgten an Krankheiten, die mit dem Geschwüre nicht im Zusammenhange standen. 9 Pat. hatten Bluterbrechen kurze Zeit vor der Operation gehabt, oder es fand sich bei der Operation ein offenes Geschwür. Von diesen hatten 4 während des 1. oder 2. Jahres kleine Recidive von Schmerzen oder Bluterbrechen gehabt. In einem Falle wurde zuerst die Pyloroplastik gemacht und 2 Jahre später eine Gastroenterostomie. Alle diese Pat. waren bei der Veröffentlichung der Arbeit gesund. 15 Kranke können als völlig hergestellt betrachtet werden. **Hansson** (Cimbrishamn).

27) **Vince.** Rupture d'ulcère duodénal.
(Indépendance méd. 1901. No. 11.)

Bei dem betreffenden Pat. traten im Anschlusse an eine starke Anstrengung sehr lebhafte Leibschmerzen und alsbald die Erscheinungen einer Perforationsperitonitis auf. Operation 24 Stunden später; nach Eröffnung des Bauchfelles entleerten sich Gase und stoßweise ein Strom von Galle, welche aus der Öffnung

eines alten perforirten Duodenalgeschwüres hervordrang. Die peritonealen Verwachsungen, welche den Grund des Geschwüres bildeten, waren in Folge der heftigen Anstrengung zerrissen. Tod nach einigen Stunden. **Mohr** (Bielefeld).

28) **v. Bardeleben.** Zur Kasuistik der totalen Magenexstirpation.
(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Bei einer 52jährigen Frau, die v. B. am 8. December in der Versammlung niederrh.-westfäl. Chirurgen vorstellte, hatte er am 28. August 1900 den ganzen Magen einschließlich Cardia und Pylorus wegen Magencarcinom entfernt. Die Speiseröhre wurde so viel als möglich vorgezogen, provisorisch abgebunden und unterhalb der Ligatur durchtrennt, der ganze Magen mit den erkrankten Drüsen entfernt und dann Speiseröhre stumpf so wie Duodenum durch Doppelnaht geschlossen. Hierauf wurde die 1. Dünndarmschlinge hervorgezogen, seitlich an die Speiseröhre in etwa 35 cm von dem Gekrösansatze derselben durch doppelte Speiseröhren-Dünndarmnaht anastomosirt. Schon am Abend des Operationstages Ernährung durch den Mund. Seit der Operation hat Pat. 37 Pfund an Gewicht zugenommen. **Borchard** (Posen).

29) **P. R. Bolton.** The treatment of colitis by valvular colostomy and irrigation.
(New York med. record 1901. März 16.)

Die Behandlung chronisch entzündlicher Zustände des Colon durch Anlage eines künstlichen Afters im Blinddarme wurde schon früher vorgeschlagen. Auch die medikamentöse Behandlung spielt dabei eine Rolle, nicht nur die Ableitung des Kothstromes von den ulcerirten Stellen. Der Vorschlag von B. räth, eine Kolostomie nach Art von Kader's Gastrostomie auszuführen. Nach 7 Tagen wurde der Katheter aus der invertirten Falte entfernt, das Ventil funktionirte tadellos. Nach 2wöchentlichen reichlichen Ausspülungen (mit schwachen Silberlösungen und nachheriger $^1/_2$%iger Kochsalzlösung) verließ der Kranke das Hospital. Später blieb eine kleine Hernie zurück. **Loewenhardt** (Breslau).

30) **Richardson.** A case of idiopathic dilatation of the colon.
(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 7.)

Bei der Pat. war wegen Erscheinungen von chronischer Appendicitis $^1/_4$ Jahr früher die Entfernung des Wurmfortsatzes gemacht. Wegen Tympanitis mit großer Ausdehnung des Leibes wurde die Laparotomie gemacht, die Flexura sigmoidea, die so ausgedehnt war, dass sie den ganzen oberen Theil des Leibes füllte, resecirt, das Colon descendens mit dem Mastdarme vernäht. Nach anfänglicher Besserung traten bald wieder Beschwerden ein wie früher, der Leib wurde stark aufgetrieben, tympanitisch; während die Geschwulst früher nur bei Spannung der Bauchmuskulatur bestand und bei Erschlaffung, z. B. in Narkose, verschwand, blieb sie jetzt bestehen. Bei erneuter Laparotomie, 1 Jahr nach der ersten, fand sich der stark ausgedehnte, verdickte Darm an Stelle der Resektionsnarbe geknickt; die jetzt vorgenommene Richtiglagerung hatte kein Ergebnis, so dass $^1/_4$ Jahr später eine neue Laparotomie gemacht wurde. Sie ergab gewissermaßen eine neugebildete, sehr große Flexura sigmoidea, deren Wände verdickt waren und die das Becken und den oberen Bauchraum ausfüllte. Durch eine Anzahl angelegter Querfalten wurde die Knickung ausgeglichen. Auch diese Operation hatte keinen Erfolg. In Folge dessen nochmalige Resektion des ausgedehnten Theiles; der retroflektirte Uterus, der vielleicht einen Druck auf den Mastdarm ausübte, wurde ventrofixirt. Zunächst folgte Herstellung, später aber traten die alten Beschwerden wieder ein. Die Möglichkeiten, durch welche die immer wieder erfolgende Ausdehnung des Darmes verursacht werden konnten, sind ausführlich erörtert. **Trapp** (Bückeburg).

31) **G. Reinbach.** Kombination von kongenitalem, partiellem Defekt und Lageanomalie des Dickdarmes mit erworbener Stenose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Der von R. beschriebene Befund wurde hei der Laparotomie eines 35jährigen, an Darmstenose leidenden Mannes erhoben. Blinddarm, Wurmfortsatz und aufsteigender Dickdarm waren nicht aufzufinden. Der Übergang des stark erweiterten Dünndarmes in den Dickdarm fand sich median von der Gallenblasengegend. Von hier verlief der Dickdarm als Colon transversum und descendens an der linken Leibesseite herab, stieg dann rechts wieder bis in die Gallenblasengegend empor, bog hier in scharfem Winkel nach abwärts und erreichte so — von rechts her — das kleine Becken. Zwischen den beiden Schenkeln dieses letzteren, als eine nach rechts verlagerte Flexura sigmoidea anzusehenden Darmabschnittes bestanden ausgedehnte, auch auf das Peritoneum parietale übergreifende Verwachsungen. Die Lichtung war aller Wahrscheinlichkeit nach in der Regio ileocolica, vielleicht außerdem noch am Flexurscheitel verengt. Nach Anastomose zwischen Ileum und abführendem Flexurschenkel erfolgte Heilung. **Honsell** (Tübingen).

32) **Dietrich.** Noch ein Fall von Ileus, mit Atropin behandelt.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 8.)

33) **Simon.** Zur Atropinbehandlung des Ileus.

(Ibid. No. 12.)

34) **Höchtlen.** Ein weiterer Fall von Ileus, der mit Atropin behandelt wurde.

(Ibid.)

Im D.'schen Falle genügten die Anfangsdosen von 1 und $1^1/_2$ mg Atropin nicht, um das Krankheitsbild zu ändern; erst nach Injektion von 3 mg schwanden, freilich unter Hinzutreten von mäßigen Intoxikationserscheinungen, rasch alle Ileussymptome.

Auch S. hatte in seinem Falle mit den kleinen Dosen keinen ausreichenden Erfolg, der erst, gleichfalls unter Vergiftungserscheinungen, nach 2maliger Gabe von je 2 mg Atropin in gewünschter Weise eintrat.

Die H.'sche Pat., 71 Jahre alt, ging, nachdem 3 mg Atropin keine Besserung des Ileus gebracht, hingegen zu ziemlich heftigen Intoxikationssymptomen geführt hatten, zu Grunde; der Darm war durch starke peritonitische Stränge abgeschnürt. **Kramer** (Glogau).

35) **Marchand.** Invagination iléocoecale avec gangrène intestinale.

(Indépendance méd. 1901. No. 11.)

Der 27jährige Pat. wurde von van Engelen wegen wenig ausgesprochener appendicitischer Erscheinungen operirt. Es fand sich eine doppelte Invagination und Darmgangrän. Resektion der Invagination. In das Colon ascendens hatte sich ein Theil des Ileums invaginirt, und in dieses hinein wiederum eine andere Ileumschlinge. Im Inneren dieser Schlinge fand sich ein Schleimhautpolyp. Da der Pat. an habitueller Verstopfung litt, nimmt Verf. an, dass einmal eine Erweiterung der Bauhin'schen Klappe vorhanden war, andererseits die angehäuften Kothmassen in einem gegebenen Augenblicke den Polypen vor sich herschoben, welcher, da er nicht zurücktreten konnte, nun den Eintritt eines neuen Theiles des Ileums in die bereits zu Stande gekommene Invaginatio ileocoecalis veranlasste.

Verf. fand unter 600 Fällen von Invagination nur 8 doppelte Invaginationen angegeben, welche meist Kinder unter 5 Jahren betrafen. **Mohr** (Bielefeld).

Berichtigung. P. 546 Z. 16 v. o. lies Zeichen statt Zeiten.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. **Sonnabend, den 15. Juni.** **1901.**

Inhalt: I. **Huschenbett,** Über eine verbesserte Methode von Gehverbänden bei Ober- und Unterschenkelbrüchen. — II. **F. Kuhn,** Tüll bei der Transplantation. (Orig.-Mitth.)

1) **Audry,** Riesenzellen bei Epitheliomen. — 2) **Dor,** Serum gegen Krebs. — 3) **Hinsberg,** Otogene Meningitis. — 4) **Schlatter,** Oberkieferresektion. — 5) **du Castel,** Leukoplasie. — 6) **v. Büngner,** Asepsis bei Halsoperationen. — 7) **Patel,** Adenitis manubrii. — 8) **Mayet,** Kropf. — 9) **Polaillon,** Zur Chirurgie des Rumpfes. — 10) **Kuhn,** Zur Intubation und Tracheotomie. — 11) **Borchert,** Zur Lungenchirurgie.

12) **Froidbise,** 13) **Bertelsmann,** Schädelverletzung. — 14) **Hegener,** Meningitis serosa. — 15) **Bertelsmann,** Otogene Meningitis. — 16) **Walton,** 17) **Günzburg,** 18) **Mills, Keen, Spiller,** Hirngeschwulst. — 19) **Spillmann** und **Nilus,** Hirntuberkel. — 20) **Maydl,** Hirncysticercus. — 21) **Colleville,** 22) **Greer,** Epilepsie. — 23) **Cordes,** Luftverdünnung im äußeren Ohr. — 24) **Pinatelle,** Epitheliom des Zäpfchens. — 25) **Seifert,** Gaumentonsillen. — 26) **Schäffer,** 27) **Thomas,** Wirbelverletzungen. — 28) **Schulthess,** Skoliose eines Schweines. — 29) **Cazlot,** Syphilis des Rückenmarkes. — 30) **Goodale,** Retropharyngealabscess. — 31) **Lengemann,** Knorpelrest im Kopfnicker. — 32) **Cheever,** Sarkom der Schilddrüse. — 33) **Mariani,** Basedow. — 34) **Capurro,** Fremdkörperwanderung. — 35) **v. Brackel,** Rippenenchondrome. — 36) **Müller,** 37) **Depage,** Brustempyeme. — 38) **Jones** und **Keen,** Zur Chirurgie der Luftröhre. — 39) **Garel,** 40) **Saint-Philippe** und **Nourrit,** 41) **Milton,** Fremdkörper in den Luftwegen. — 42) **Hassler,** Geschoss in der Lunge. — 43) **Hill,** 44) **Watten,** Herzwunden.

I.

Über eine verbesserte Methode von Gehverbänden bei Ober- und Unterschenkelbrüchen.

Von

Dr. **Huschenbett** in Eschwege.

Bei dem bisher üblichen Verfahren in der Anlage von Gehverbänden ist es ein in die Augen springender Mangel, dass hierbei das Kniegelenk fixirt wird. Einmal leidet darunter der Gang wesentlich, ganz besonders aber leidet das Kniegelenk selbst in Folge der langen Ruhestellung, so dass oft Wochen vergehen, bevor die volle Beweglichkeit wieder hergestellt ist.

In einfacher Weise glaube ich diesem Übel abgeholfen zu haben, indem ich bei der Anlage der Gehverbände von vorn herein das Kniegelenk beweglich halte.

Der erste und wichtigste Punkt ist natürlich die tadellose Anlage eines Gipsverbandes; denn hiermit steht und fällt der Erfolg. Ist die Schwellung nicht allzustark, dann arbeite ich den Gipsverband direkt auf Tricot und polstere nur die Kniebeuge. Der Tricotschlauch wird oben über einem eingelegten Wattering umgelegt, wodurch man einen sauberen Abschluss erhält. Das über die Zehen überstehende Ende wird nach der Planta pedis umgebogen und bildet so eine gut sitzende Bedeckung des vorderen Fußabschnittes.



Fig. 1.



Besonderer Rücksicht bedarf die Polsterung der Kniebeuge. Denn da bei gebeugtem Knie die Umfänge um einige Centimeter größer sind als bei gestrecktem, so muss diesem Umstande durch eine entsprechende Vermehrung der Polsterung Rechnung getragen werden.

Dass beim Eingipsen von Oberschenkelbrüchen Erwachsener die Narkose nicht zu entbehren ist, soll nur beiläufig erwähnt werden. Unterschenkelbrüche gipse ich ohne Narkose.

Der Gipsverband braucht und soll nur so stark sein, um ein festes Anziehen der nachträglich anzulegenden Wasserglasbinden zu ermöglichen.

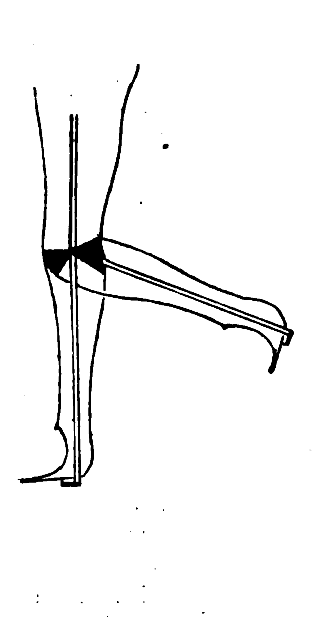
Ist der Gipsverband getrocknet, so befestigt man auf ihm die im Kniegelenke bewegliche Eisenschiene.

Diese besteht aus gewöhnlichem Bandeisen, welches, da es nur eine kleine Strecke von einigen Centimetern frei zu tragen hat, nicht stark zu sein braucht. Es genügt eine Stärke von 2 mm bei einer Breite von $1^1/_2$—2 cm für den schwersten Mann.

Fig. 2.



Fig. 3.



Die Schiene muss der eingegipsten Extremität absolut genau nachgebogen werden, weil jeder Punkt derselben gleichmäßig mit tragen helfen soll. Seitlich sind in Abständen von etwa 5—5 cm Einhaue gemacht, damit die später anzulegenden Wasserglasbinden besser haften. Die Scharniere sind einfach so hergestellt, dass die Eisenenden durchlocht und über Scheiben vernietet wurden.

Die Länge der Schiene so wie die Breite des Tretstückes richten sich natürlich nach dem einzelnen Falle.

Die Achse des Kniegelenkes, d. h. den physiologischen Drehpunkt, findet man leicht, wenn man das gesunde Bein zum Vergleiche heranzieht. Hat man sich diese beiden Punkte fixirt, dann schneidet man mit einer Stichsäge aus der Kniebeuge einen Keil aus, dessen Spitze den eben genannten Punkten entspricht, und

dessen Breite natürlich zu der gewünschten Beweglichkeit im geraden Verhältnisse steht.

Dann sägt man von diesen Drehpunkten aus auch seitlich eine Strecke weit nach vorn ein und lässt zunächst oben eine kleine Gipsbrücke vor der Patella stehen, um eine Verschiebung des Gipsverbandes zu verhindern. Die beigefügte schematische Zeichnung möge die Verhältnisse erläutern.

Nun befestigt man die Eisenschiene mit Wasserglasbinden, indem man besonders darauf Rücksicht nimmt, dass die Scharniere genau an die vorher bestimmten Punkte zu liegen kommen. Sitzt die Schiene, so braucht man nur die letzte Spange der Gipsschale zu durchsägen, und das Kniegelenk ist beweglich.

Die freie Beweglichkeit des Fußgelenkes erreicht man einfach in der Weise, dass man die Gipsschale bogenförmig über dem Fußrücken wegschneidet.

Die Resultate, die ich unter Anwendung dieses Verfahrens erzielt habe, sind die denkbar günstigsten gewesen.

Sämmtliche Frakturen sind ohne Dislokation und ohne jede Verkürzung geheilt. Dabei sind die Pat. vom 2. Tage an aufgestanden und herumgegangen mit Hilfe eines Stockes. Das Allgemeinbefinden war durchweg vorzüglich, und die Pat. schienen nach Ablauf der 1. Woche von ihrer Fraktur nichts mehr zu merken.

Dass sich nun dieses Verfahren nicht nur bei jungen Leuten anwenden lässt, sondern auch mit bestem Erfolge für Greise brauchbar ist, dafür soll die beigefügte Abbildung den Beweis erbringen.

Wenn man bedenkt, dass dieser Pat. 70 Jahre zählt, wenn man ferner berücksichtigt, dass bei dem Kranken außer der Fraktur des linken Unterschenkels noch 1) eine Luxatio humeri, 2) Fractura colli humeri und 3) eine Fractura Epicondyli interni des rechten Armes vorlag, so wird man wohl den Werth eines Verfahrens anerkennen, welches einem so schwer Verletzten die freie Beweglichkeit im Raume garantirt. Man denke sich den Mann 6 Wochen ans Bett gefesselt! Welch sorgfältiger Pflege es schon im Allgemeinen bedarf, um einen wochenlang im Streckverbande Liegenden vor Decubitus zu schützen, weiß jeder Sachverständige, und nun vollends bei einem Pat. in dem Alter und vor Allem mit Rücksicht auf die zugleich noch bestehenden Komplikationen. Von der Gefahr der Pneumonie will ich ganz absehen.

Was endlich die Schwere dieser Verbände anlangt, so bin ich überzeugt, dass dieselbe von den meisten Herren Kollegen überschätzt wird. Meine Verbände bei Oberschenkelbrüchen haben im Durchschnitte $7^1/_2$ Pfund, bei Unterschenkelbrüchen $4^1/_2$ Pfund gewogen. Das sind Gewichte, an die Erwachsene sich mit Leichtigkeit gewöhnen.

Für Kinder im Alter von 12—15 Jahren würde das Gewicht selbstverständlich auf die Hälfte, ja auf $^1/_3$ niedergedrückt werden können.

Indem ich hiermit die von mir angewandte Methode der im Kniegelenke beweglichen Gehverbände der Öffentlickeit übergebe, möchte ich dieselbe der Nachahmung anempfehlen.

II.

(Aus dem Elisabeth-Krankenhause zu Kassel.)

Tüll bei der Transplantation.

Von

F. Kuhn.

Die folgenden Zeilen betreffen einen kleinen Kunstgriff bei der Ausführung und Nachbehandlung der Thiersch'schen Transplantationen.

Unverkennbar liegt nach Auflegung der kleinen Läppchen, namentlich bei der Ausführung von Transplantationen an exponirten oder sehr beweglichen Körpertheilen, z. B. an Fingern oder im Gesichte, eine gewisse Schwierigkeit in der thunlichsten Immobilisirung resp. Befestigung der Läppchen auf ihrer Unterlage und ihrer möglichsten Isolirung gegen die aufzulegenden Verbandstoffe, namentlich wenn die Blutung vielleicht etwas schwer zu stillen ist, und eine gewisse Kompression geboten erscheint.

Seither empfahl und benutzte man als Zwischenlage zwischen die Läppchen und die aufgelegten Verbandstoffe vielfach Guttapertschapapier, das man an vielen Stellen durchlöcherte, oder Streifen von solchem Papiere oder von Stanniol oder Taffet, die man mit Öl tränkte. Darüber legte man eine Salbenkompresse. So gelang es ziemlich gut, ein Ankleben der frisch aufgelegten Läppchen und ein Abreißen derselben zu vermeiden.

Dennoch sind bei dieser Art des Vorgehens eine Reihe von Missständen unverkennbar: Die Isolirung durch gelochtes Guttapertschapapier ist relativ grob, stellenweise zu dicht, an anderen Stellen ungenügend. Indem nämlich die selbst eingeschnittenen Löcher in dem Guttapertschapapier ungleich sind, kommt bald Loch, bald undurchlässiger Stoff auf Stellen zu liegen, an denen das Gegentheil wünschenswerth ist; so verklebt hier Läppchen und überliegender Verbandstoff in nicht gewünschter Weise, dort kann das Sekret unter den wasserdichten Rippen nicht abfließen und führt zur Maceration und Abhebung der Transplantationen.

Die Erfahrungen bei dieser relativ groben Art des Vorgehens legten mir daher den Gedanken nahe, die Läppchen mittels eines zierlicheren gleichmäßigen Gitterwerkes, das mit möglichst schmalen Rippen an um so zahlreicheren Punkten die Läppchen deckt, zu isoliren, z. B. mittels eines Netzes aus wasserdichten Fäden, das relativ weite Maschen hat, weit genug, um alles Sekret, ohne abgenommen zu werden, bequem durchzulassen, aber doch enge

genug, um mit seinen Fäden und Knotenpunkten eine isolirende Zwischenschicht zwischen Läppchen und Verbandstoffen herzustellen.

Einen solchen Stoff entdeckte ich nach einigen anderen Fehlversuchen in dem sog. »Tüll«, wie ihn unsere Damenwelt zu Schleiern, Vorhängen und allerlei Stickereien verarbeitet. Derselbe stellt ein sehr grobmaschiges, aus starkem Faden durch eine besondere Art der Knüpfung hergestelltes Gewebe mit ganz regelmäßigen Löchern dar. Dasselbe wird durch Imprägnirung mit Celluloidlösung wasserdicht gemacht, damit sein Faden von dem Wundsekrete nicht durchtränkt wird, vielmehr leicht abwaschbar und abtupfbar bleibt. So ist mein Tüll zur Verwendung fertig.

Ist das Netzwerk dann, nach ausgeführter Transplantation, über den Läppchen aufgelegt, so kann es, zum Unterschiede von allen seither verwendeten Streifen von Taffet, Stanniol, Guttapertschapapier etc., bis zur definitiven Anheilung über der transplantirten Stelle liegen bleiben, selbst die Umgebung noch mit bedecken und daselbst ankleben. Gerade dieses Ankleben der Netzfäden an den trockenen Stellen, auch an den trockenen Läppchen, sichert diesen ihre feste, unverrückbare Lage, die gegebenen Falles noch durch Annähen oder Anbinden (am Finger) des Tülls mittels Fadens nach der Operation oder durch Ankleben mit Celluloidlösung über der intakten Haut noch erheblich gesteigert werden kann. Durch schichtenweise Häufung derartiger weitmaschiger wasserdichter Netzlagen über den transplantirten Läppchen lässt sich deren Isolirung gegen die imbibitionsfähigen, später übergelegten Verbandstoffe zu jedem Grade noch fernerhin steigern. Die Verhältnisse an der Wunde und die Bedingungen zur Anheilung werden dann meiner Ansicht nach denkbar günstig; denn 1) das Maschenwerk des unmittelbar aufliegenden Netzes hält die Läppchen gegen einander und gegen die Wundränder fest; 2) das regelmäßige Gefüge des Balkenwerkes übt auf alle Stellen, ohne viel zu verdecken, einen gleichmäßigen Druck, der dann durch Häufung zahlreicher, nicht verklebender Lagen federnd wird; 3) in die poröse, luftige Zwischenschicht, die durch Häufung der nicht imbibirbaren Netze entsteht, hat jedes Sekret vorerst Abfluss. Bleiben zwischen den Rändern der Läppchen kleine feuchte Stellen oder heilt ein Läppchen nicht an, so bleibt diese secernirende Stelle ohne Einfluss auf die anderen Stellen, ist vielmehr alsbald wieder zugänglich und abtupfbar, ohne dass die zunächst aufliegenden, zum Theil angeklebten Tüll-Lagen abgenommen werden müssten. In jedem Falle bleibt immer die unterste Schicht in Ruhe. In dieser Weise heilen so zu sagen die Läppchen immer unter einem Verbande fest.

Bezugsquelle: Evens & Pistor in Kassel.

---

1) **Audry.** Sur les cellules géantes épithéliomateuses.
(Ann. de la dermat. et de syph. 1900. Hft. 12.)

Riesenzellen bei Epitheliomen sind vom Verf. und Anderen wiederholt beobachtet worden, und zwar unabhängig von einer Symbiose mit Tuberkulose. Sie können in der Nachbarschaft der Neubildung auftreten oder mitten in den epitheliomatösen Zellhaufen. Im letzteren Falle fand sie Verf. nur bei Epitheliomen, die vom Rete Malpighi ausgingen, und zwar in 2 Carcinomstücken (Epitheliom der Wange und Unterlippe). Das mikroskopische Bild zeigte auffallend viel Hornperlen. Riesenzellen waren in einigen Schnitten sehr zahlreich vorhanden, lagen meist in der Mitte, manchmal am Rande der Zellnester. Sie sind nach dem Verf. epithelialen Ursprungs und stehen mit den Leukocyten in keinem Zusammenhange. 2 mikrophotographische Abbildungen illustriren die histologische Beschreibung.

V. Klingmüller (Breslau).

2) **L. Dor.** Sérums cytolytiques pour la guérison des cancers.
(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 103.)

Nach D. kommt es zur Entwicklung eines Krebses, wenn das menschliche Blutserum seine »cytolytischen Eigenschaften« in Bezug auf einen bestimmten Zelltypus verloren hat; es verliert diese Eigenschaften, wenn es während zu langer Zeit zur Ernährung solcher Zellen (gutartige Geschwülste, chronische Entzündungen, Leukoplasien etc.) gedient hat. Desshalb muss man dem Krebskranken die cytolytische Fähigkeit seines Blutes wiedergeben; und das soll nach D. geschehen dadurch, dass man ein Serum einverleibt, welches diese Eigenschaft hat. Ein solches Serum will D. so herstellen, dass er Thieren lebende Krebszellen (des cellules cancéreuses aussi vivantes que possible) injicirt. »Wenn das Serum der Thiere cytolytisch geworden ist, was leicht zu sehen sein wird (? Ref.), so wird dieses Serum ein Sérum anticancéreux sein.« Dies der D.'sche Grundgedanke, der in der kurzen Originalmittheilung noch weiter ausgeführt ist.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

3) **Hinsberg.** Zur Therapie und Diagnose der otogenen Meningitis.
(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXXVIII. p. 126.)

Verf. versucht in einer theils auf eigenen Beobachtungen, theils auf litterarischen Erfahrungen fußenden Auseinandersetzung der Diagnose und Therapie der eitrigen Meningitis nach Mittelohreiterung etwas näher zu kommen. Zunächst werden eingehend die umschriebenen Meningitiden besprochen, die ja einzig und allein den therapeutischen Maßnahmen zugänglich sind. Vor allen Dingen ist hierbei schwierig, manchmal auch unmöglich, eine Entscheidung zu treffen, ob Hirnabscess oder Meningitis vorliegt. — Die circumscripte Meningitis kann auch die Symtome einer diffusen Meningitis zeigen,

es ist desshalb nicht jeder Fall mit meningitischen Symptomen als prognostisch absolut schlecht anzusehen, — Erfahrungen, die Ref. nur bestätigen kann. In eingehender Weise wird der Werth der Spinalpunktion besprochen. — Dann wirft Verf. die Frage auf, ist eine eitrige Meningitis überhaupt heilbar? Dieselbe wird dann dahin beantwortet, dass die akute, sich rapid ausbreitende Form wohl kaum heilbar sei, eher noch die subchronisch verlaufende Form, selbst wenn sie eine größere Ausdehnung genommen hat, ganz sicher aber die umschriebene Form sowohl der otitischen wie der traumatischen Meningitis. Und zwar können solche Meningitiden ausheilen 1) durch operative Eingriffe, 2) auch spontan. Wenn diese Spontanheilung auch sicher vorkommt, so kann man sich doch nie darauf verlassen; vielmehr muss man stets die nothwendigen operativen Eingriffe vornehmen, als welche Entfernung des primären Eiterherdes im Mittelohre und Spaltung der Dura in Frage kommen. Über den Werth der letztgenannten Operation wird eine eingehende Erläuterung gegeben. — Der letzte Theil der interessanten Arbeit ist der Differentialdiagnose zwischen otitischer und tuberkulöser Meningitis gewidmet. Es wird an der Hand von 5 eigenen Fällen, die sämmtlich Kinder betreffen, nachgewiesen, wie tuberkulöse Meningitiden einmal mit Hirnabscessen, dann wieder mit otitischen Meningitiden verwechselt werden können, vorausgesetzt, dass gleichzeitige eitrige Mittelohrentzündung vorliegt.

Aus der sehr sorgfältigen Arbeit ergiebt sich, dass bezüglich der Diagnose und Therapie der otogenen Meningitis noch eine Menge ungelöster Fragen vorhanden sind, die zum weiteren Studium auffordern.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

4) **C. Schlatter.** Über Carotisunterbindungen als Voroperation der Oberkieferresektionen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Auf Grund mehrfacher eigener Erfahrungen so wie der einschlägigen Litteratur präcisirt Verf. seine Ansicht über die Zweckmäßigkeit der präliminaren Carotisunterbindung bei Oberkieferresektion dahin, dass sich durch dieselbe Blutverlust und Aspirationsgefahr bedeutend herabsetzen lassen; sie sei daher sehr zu empfehlen bei allen anämischen und kachektischen Pat., wenn sie nicht, was allerdings häufig der Fall sein dürfte, an Gefäßkrankheiten, speciell Arteriosklerose, leiden. Meist genüge die Unterbindung der Carotis externa, nur ausnahmsweise müsse Carotis communis unterbunden werden. Im ersteren Falle soll die Unterbindung eine dauernde sein, im letzteren scheine die Unterbindung in Form einer temporären Zuschnürung gefahrloser.

Honsell (Tübingen).

---

5) **du Castel.** Leucoplasie buccale. Épitheliome. Gangrène. Perforation de la joue.

(Société de dermatolog. et de syphiligr. Séance du 6. décembre 1900.)
(Annal. de dermatol. et de syphil. 1900. Hft. 12.)

Im Anschlusse an einen von C. demonstrirten 50jährigen Pat., der an einer Leukoplakia buccalis litt, später nach einem Trauma an einem rasch zerfallenden Epitheliom der Wange erkrankte, wurden in der Diskussion über die Behandlung einige interessante Bemerkungen gemacht. C. glaubt, dass eine Quecksilberkur die Gangrän der Epitheliome begünstigt. Dem widersprechen Darier, Fournier, Brocq, Barthélmy, welche Besserungen, wenn auch nur vorübergehend, gesehen haben. Sie haben dabei den Verdacht, dass sich der Krebs auf einer syphilitischen Grundlage entwickelt, und nur die syphilitischen Produkte durch die Quecksilberkur weggeschafft wurden. Die Leukoplakia buccalis ist nach der Ansicht fast aller französischer Autoren eine Folge früherer syphilitischer Infektion. Die Jodtherapie halten C. und Darier direkt für gefährlich, während Fournier diese Ansicht nicht theilt; dagegen meint Fournier, dass die Operation von Epitheliomen der Mundschleimhaut und der Zunge manchmal verhängnisvoller (plus fatal) sei. Noch ehe eine Vernarbung der Operationswunde eintrat, beobachtete er ein rapides Fortschreiten des Krebses. Nélaton operirt nur, wenn die Neubildung scharf begrenzt ist und es sich um die papillomatöse Form des Carcinoms handelt.

W. Klingmüller (Breslau).

---

6) **v. Büngner.** Zur Asepsis bei Halsoperationen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Um die Asepsis bei Halsoperationen zu wahren, besonders die Chloroformmaske und die Beschäftigung des Narkotiseurs, hat v. B. einen sog. Kinnbügel angegeben, der aus einem bleistiftdicken, abgeplatteten und stark vernickelten Messinggestell besteht mit S-förmig umgebogenen Enden. Dieselben greifen über die Ohren, während sich der übrige federnde Theil dem Unterkiefer eng anschmiegt. Über den Bügel wird ein entsprechend großes Stück sterilisirter Gaze gespannt. Der Bügel gestattet dem Operateur jeden Augenblick, sich über das Aussehen des Kranken zu orientiren. v. B. hat den Kinnbügel, zu beziehen bei der Firma Holzhauer in Marburg in 2 Größen, seit 3 Jahren angewandt und ihn bewährt gefunden.

Borchard (Posen).

---

7) **M. Patel.** Adénites manubriennes.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 74.)

Eine kleine anatomisch-klinische Studie, in welcher ein eigner Fall von Adenitis superficialis manubrii mitgetheilt wird. P. unterscheidet:

1) Die Adenitis manubrii profunda: Kompressionserscheinungen von Seiten der Luftröhre, Fortschreiten auf Mediastinum und Achselhöhle.

2) Adenitis media: Keine Kompressionserscheinungen; Sitz oberhalb des Manubrium; Narbe vertieft, retrosternal.

3) Adenitis superficialis: Sitz vor dem Manubrium; Narbe prästernal, oberflächlich.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

8) **L. Mayet.** De la répartition géographique du goître en France.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 47.)

Die unter Poncet's Leitung unternommene statistische Arbeit stellt sich als Fortsetzung der von Rayer und Tardieu geleiteten Untersuchungen der französischen Kommission (1861—1875) zur Erforschung des Kropfes und des Kretinismus in Frankreich dar. Als wesentliche Ergebnisse seien hervorgehoben:

Die Gegenden, wo sich der Kropf mit einer gewissen Häufigkeit findet, haben sich im Verlaufe eines Jahrhunderts nicht wesentlich verschoben. Die Ausbreitung der Endemie scheint in den letzten 50 Jahren etwas abgenommen zu haben. Die absoluten Zahlen für die Anzahl der Kröpfe in Frankreich (500000 nach der französischen Kommisson, 375000—400000 nach Poncet) sind augenscheinlich zu niedrig. Sie stellen jedenfalls ein Minimum dar. Auf die Häufigkeit des gemeinschaftlichen Vorkommens von Kropf und Kretinismus lässt das vorliegende Material keinerlei Schluss zu.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

9) **Polaillon.** Affections chirurgicales du tronc. II. Mamelles, organes génitaux de la femme.

Paris, **O. Doin,** 1901. 748 S.

Was im Referate dieses Centralblattes 1899 p. 173 über Thl. II gesagt ist, gilt in erhöhtem Maße von Thl. III, dessen Inhalt mehr historisches als wissenschaftliches Interesse bietet. Die Beobachtungen entstammen der Zeit vom 1. Januar 1879 bis 1. Januar 1899. P. ist im Wesentlichen seinen alten Behandlungsmethoden treu geblieben, z. B. Zinkpasteätzung bei Endometritis und selbst bei Abort, äußere Stielversorgung bei Hysterektomie und Ovariotomie mittels Gummischlauches. Hierzu passen manche seiner theoretischen Erörterungen, z. B. über Haematocele retro-uterina u. A. m. Dass P. der Neuzeit nicht ganz gefolgt ist, beweisen auch seine statistischen Zahlen. Er hat eine Myomsterblichkeit (Laparotomien!) von 30% (von 72 Operirten 22 ad exit.); von 136 wegen Salpingo-oophoritis Laparotomirten starben 23 (fast 17%), von 160 wegen Kystom Operirten 29 (= 18%). Dabei sind naturgemäß die früheren Jahre höher belastet.

Auch für andere Fragen von aktuellem Interesse ist seine Statistik kaum von Werth, so z. B. Heilerfolge nach Operation wegen Carcin. mammae. Er berechnet auf 37 einfache Amputationen 24%, auf 106 Amputationen mit Ausräumung der Achselhöhle 36% Heilungen; leider fehlt die Kontrolle durch persönliche Nachforschung.

Lehrreich ist ein Verblutungstod in Folge Verletzung der Art. uterina durch Punktion. Das retroflektirte Corpus war irrthümlicherweise für einen Abscess gehalten worden, den Verf. durch Punktion entleeren wollte. Die Autopsie klärte den Sachverhalt auf.

Christel (Metz).

10) **F. Kuhn.** Der Metallschlauch bei der Tubage und als Trachealkanüle.

(Ärztl. Polytechnik 1900. December.)

Nach Vorversuchen an der Leiche ist es K. gelungen, seinen Spiralmetallschlauch bei Narkotisirten vom Munde her in die Luftröhre zu schieben. Der Schlauch ist in verschiedenen Kalibern vorräthig. Er trägt an seinem vorderen Ende eine Platte, um das Hineingleiten in den Mund zu verhüten. Seine Länge beträgt 20—30 cm. Die Einführung geschieht unter Zuhilfenahme eines Führungsstabes, ähnlich wie bei der O'Dwyer'schen Tubage. Indicirt ist dieser Schlauch in vielen Fällen, wo bisher die preliminare Tracheotomie gemacht wurde. Der Schlauch kann unter Anderem auch mit Trendelenburg's Vorrichtung zur Abdichtung versehen werden.

Bei Tracheotomien kann der Spiralmetallschlauch die Trachealkanüle ersetzen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

11) **F. Borchert.** Beiträge zur Lungenchirurgie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 2.)

Der Arbeit liegt das reiche Material Körte's vom Urbankrankenhause in Berlin aus dem letzten Decennium zu Grunde, im Ganzen 29 Fälle. Der 1. Theil des interessanten und eine gewiss aktuelle Frage behandelnden Aufsatzes beschäftigt sich mit allgemeinen Erörterungen über die zu chirurgischer Behandlung geeigneten Krankheitsfälle. Als solche sind anzusehen: Akute oder chronische Zerfallshöhlen der Lunge, wie sie durch akute oder chronische Entzündungsprocesse entstehen, bronchiektatische Kavernen im Zustande der Ulceration und Jauchung, vornehmlich aber Lungenabscesse. Die tuberkulösen Kavernen sind fast ohne Ausnahme von operativen Maßnahmen auszuschließen. Ferner können noch Lungenechinokokken die Indikation zum Eingriffe abgeben. Leider ist die Frühdiagnose der Neubildungen noch nicht so weit gediehen, dass bei ihnen eine erfolgreiche Encheirese möglich wäre.

Hauptbedingung für den chirurgischen Eingriff ist die Diagnose des vorliegenden Zustandes des kranken Organes. Zu bestimmen ist

der genaue Sitz des Herdes, seine Ausdehnung, sein isolirtes Bestehen und die Frage, ob die Operation noch in den Grenzen des Möglichen liegt. Wichtig ist natürlich auch der Allgemeinzustand. Wesentliche Veränderungen in anderen Organen, Sepsis, Metastasen, Nephritis verbieten eine Operation. Werthvolle Auskunft giebt naturgemäß der Auswurf, seine Menge, seine schleimige oder eitrige Beschaffenheit, der Nachweis von elastischen Fasern oder Lungenfetzen, welch letzterer allein für das Vorhandensein geschwüriger Processe von entscheidender Bedeutung ist, und schließlich der bakterielle Befund des Auswurfes.

Der wichtigste Theil der Diagnose ist die Auskultation und die Perkussion. Leider aber lassen diese beiden Hilfsmittel oft genug im Stiche, wenn es sich nicht gerade um Processe an der Oberfläche der Lungen handelt. Wie oft ist man auch bei großer Sorgfalt der Untersuchung Täuschungen ausgesetzt über die Ausdehnung der Höhlen, ihre Multiplicität, über die Tiefe eine Herdes, ja sogar in der Diagnose eines Empyems oder einer aus anderen Gründen entstandenen Zerfallshöhle. Diesen gerade so wichtigen Punkt hebt Verf. sehr eingehend hervor.

Die Probepunktion ist ein unentbehrliches Hilfsmittel, doch soll man sie wegen der Infektionsgefahr für das gesunde Gewebe besonders bei jauchigen Processen sehr einschränken und möglichst nur kurz vor einem chirurgischen Eingriffe vornehmen. Oft ist es auch mittels Probepunktion schwer, zu sagen, ob der Eiter aus einem Empyem oder aus der Lunge stammt.

Die zur Diagnose herangezogene Skiaskopie hat bisher noch keinen sicheren Anhalt für Sitz und Beschaffenheit von Lungenherden gegeben.

Verf. hält die Lokaldiagnose eines Lungenherdes heute noch für sehr schwer und sieht in weiteren Fortschritten nach dieser Richtung den wesentlichsten Faktor auch für Fortschritte der chirurgischen Behandlung geeigneter Lungenerkrankungen.

Eine eingehende Besprechung findet die operative Methode, die nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalles sich ändert. Einfach ist das Verfahren, wo der Lungenherd zu Verwachsungen mit Pleura und Brustwand oder zum Empyem geführt hat. Principiell davon verschieden ist das Vorgehen dort, wo der Herd im Lungengewebe sitzt und mit der Pleura nicht kommunicirt.

Man beginnt hier mit der Thorakotomie, welche so viel von der Brustwand entfernen soll, als zu ausgiebiger Freilegung des Lungenherdes nöthig ist. Die Art der Schnittführung spielt keine Rolle. Absolut sichere Zeichen dafür, dass die Pleurablätter mit einander verwachsen sind, fehlen meist. Wo man wahrscheinlich in die offene Brustfellhöhle gerathen würde, ist die Pleuranaht anzulegen. Die einzelnen Nähte dürfen nicht zu tief in die Lunge eingestochen und nicht zu fest angezogen werden. In einer Reihe von Fällen wird man die Verwachsungen mittels Gazetamponade oder Ätzmitteln

herbeiführen müssen. Dem Abschlusse des Pleuraraumes folgt die Durchtrennung des Brustfelles und die Freilegung der Lunge. Zur Bestimmung, wo man genau den Herd zu suchen hat, sind meist eine oder auch mehrere Punktionen nothwendig. Man soll dabei die Nadel in der Eiterhöhle liegen lassen und längs ihr mit dem Paquelin eingehen. Blutungen sind namentlich in der Tiefe zu fürchten. Die Unterbindung oder Umstechung ist hier das sicherste Verfahren, sie zu stillen. Die Incisionsstelle wird stumpf erweitert, eine genaue Orientirung über die Beschaffenheit des Eiterherdes erstrebt und dann ein gazeumhülltes Drain eingelegt. Die Ausheilung erfolgt durch Granulationsbildung und narbige Schrumpfung. In einigen Fällen kam es zur Bildung von epithelausgekleideten Fisteln. Öfters werden zur Verkleinerung der Höhlen Rippenresektionen nöthig werden.

Der 2. Theil der Arbeit behandelt die von Körte operirten Fälle. 3mal gaben durch Gangrän entstandene Kavernen Anlass zum Eingriffe, 5mal jauchige bronchiektatische Kavernen, 12mal Lungenabscesse. 9 von diesen letzteren waren mit Empyem komplicirt. 2 von den Pat. mit gangränösen Kavernen wurden geheilt, einer starb. Von den Kranken mit Bronchiektasien heilte nur einer, der eine verhältnismäßig kurze Dauer der Erkrankung aufwies. Lange bestehende derartige Processe geben eine ungünstige Prognose für den Eingriff wegen des meist schlechten Allgemeinbefindens und der sekundären Ansiedlung der Tuberkulose. Die Schwierigkeit der Diagnose bei diesen Pat. erhellt daraus, dass vor der Operation 4 zum Eingriffe geeignet erschienen, während die Autopsien zeigten, dass der Process zu weit vorgeschritten war, die Operation also besser unterblieben wäre.

Sehr günstig sind Körte's Erfolge bei Lungenabscessen. Hier starb von 12 Operirten nur einer. Die Heilungen erfolgten alle in nicht zu langer Zeit. Auch bei Komplikation mit Empyemen kam es nie zu dauernder Fistelbildung.

Der Arbeit sind die interessanten ausführlichen Krankengeschichten beigefügt und vervollständigen das Bild, das uns Verf. in umsichtiger und klarer Weise von den Leistungen, Erfolgen und Grenzen des gegenwärtigen Könnens auf dem Gebiete der Lungenchirurgie giebt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Kleinere Mittheilungen.

12) **Froidbise.** Amaurose monoculaire suite de traumatisme cranien.

(Arch. méd. belg. 1901. Februar.)

F. berichtet über 3 Fälle von Schädelverletzung mit nachfolgender Erblindung auf einem Auge.

Fall 1. Ein Unterofficier erhielt einen Stich mit einem geknöpften Florett ans linke Auge, dicht an der Nasenwurzel. Wunde nur 1 cm tief. Bulbus unverletzt. Es bestand leichte Kommotion und Nasenbluten. Sehvermögen links

erloschen. F. nimmt an, dass eine Fissur durch das Os ethmoidale und von da zum Foramen opticum verlaufen sei, wo der N. opticus alsdann zerrissen wurde. Später, nach Wochen, konnte Atrophie der Pupille konstatirt werden.

Fall 2. Eine Frau erhält einen Revolverschuss kleinen Kalibers in den Sinus frontalis dicht über der Nasenwurzel. Keine Synkope, keine Blutung, keine Reaktion. Der Arzt entfernt einige Knochensplitter und ein Stück Projektil. Erblindung linkerseits bis auf einen kleinen Rest des Gesichtsfeldes. F. nimmt Fissur des Os temporale und Zerreißung der oberen Partie des N. opticus an.

Fall 3. Ein Arbeiter erhält einen heftigen Schlag gegen die Stirn mit 8 cm langer Wunde, starker Blutung, 2stündiger Bewusstlosigkeit. Am 5. Tage trat Erblindung auf dem linken Auge ein mit Meningitis. Trepanation. Tod. Die Erblindung fand ihre Erklärung in der Entzündung des N. opticus.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

13) **Bertelsmann.** Über einen operativ geheilten Fall von Hirndruck, entstanden durch Sinuszerreißung. (Aus der chir. Abtheilung des Allgem. Krankenhauses Hamburg-St. Georg. Oberarzt Dr. Wiesinger.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 11.)

Die betr. Pat. war in Folge eines Stoßes gegen die Brust hintenüber und mit dem Hinterkopfe auf das Straßenpflaster gestürzt, Anfangs nur vorübergehend bewusstlos gewesen, hatte aber 1 Stunde später unter Erbrechen mit klonischen Zuckungen im rechten Arme beginnende, allgemeine schwere Krampfanfälle bekommen; es bestand Bewusstlostgkeit, eine leichte linksseitige Facialisparese und eine große Beule am Hinterkopfe. Bei Eröffnung derselben fand sich eine Längsfissur der Konvexität des Schädels, und ergoss sich nach Trepanation desselben in der Mittellinie hinter der Hinterhauptsschuppe hervor ein mächtiger Blutschwall aus einer in der Gegend des Confluens sinuum gelegenen Stelle; die linke Hirnhemisphäre pulsirte kaum merklich und war unter der stark gespannten Dura mit etwas blutiger Flüssigkeit bedeckt. Tamponade, Verband. Die Benommenheit der Pat. dauerte noch 2 Tage an, die Krämpfe traten nur noch einmal auf, dann aber besserten sich die Erscheinungen allmählich — Patellarreflexe schwanden für einige Zeit vollständig, Rectus int. sin. war paretisch —, und schließlich trat Heilung ein. **Kramer** (Glogau).

14) **J. Hegener.** Beitrag zur Lehre von der Meningitis serosa acuta. (Aus der Universitäts-Ohrenklinik zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 16.)

In den mitgetheilten 2 Fällen handelte es sich um Kranke, die bei einer schweren Mittelohraffektion unter Hirndruckerscheinungen, Pulsverlangsamung, Kopfschmerz, Neuritis n. opt. erkrankten, und bei denen nach Entfernung der erkrankten Theile, des kariösen Paukendaches im 1., des Cholesteatoms im 2. Falle, bei einfacher Eröffnung des Subarachnoidealraumes unter dem langsamen Ausfließen enormer Mengen seröser Flüssigkeit die bedrohlichen Erscheinungen dauernd schwanden. H. hält desshalb für wahrscheinlich, dass es sich in beiden Fällen um eine otogene Meningitis serosa acuta gehandelt habe. **Kramer** (Glogau).

15) **Bertelsmann.** Über einen geheilten Fall von otogener Meningitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 18.)

Bei der Operation wurde ein einen reichlichen Esslöffel Eiter enthaltender, supraduraler Abscess gefunden, der dem Tegmen tympani auflag. Der letztere, ein Theil der Pyramide, der Warzenfortsatz waren mit Eiter gefüllt. Bei der noch in Narkose ausgeführten Lumbalpunktion entleerte sich eine trübe Flüssigkeit, in der Leukocyten und spärliche Diplokokken sich fanden. Heilung.

Borchard (Posen).



16) **Walton.** Case of brain tumor with astereognosis.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 9.)

Junges Mädchen, welches schon 6 Wochen vorher an leichter Schwäche im linken Arme und Beine, gelegentlichem Augenflimmern und linksseitigem Kopfschmerze litt. Die Symptome, namentlich Schwäche und Taubheit im Arme steigerten sich allmählich. Es zeigte sich wenig Verringerung des Berührungsgefühles, eben so nur geringe Beeinträchtigung des Schmerz- und Temperatursinnes, dagegen starke Verringerung des Muskelgefühls. Gegenstände, die auf die linke Hand gelegt wurden, konnten bei geschlossenen Augen nicht benannt werden. In der linken Handfläche werden 2 weit entfernte Spitzen nur als eine gefühlt. Die Bewegungen waren frei und kräftig, der Gang jedoch etwas hinkend. Kniereflex gesteigert, Fußclonus vorhanden, Fußsohlenreflex fehlte. Augenhintergrund frei. Diagnose: Geschwulst in der Regio parietalis. Operation wurde bis zum Eintreten heftiger Erscheinungen verschoben. 3 Tage nach der ersten Untersuchung trat linksseitige Hemiplegie, Kopfschmerz und Erbrechen ein, zunehmende Verschlimmerung des Zustandes führte nach weiteren 3 Tagen zur Operation (Dr. Warren). Bildung eines großen Haut-Periost-Knochenlappens, dessen Mitte in der Gegend der Centralwindung lag, vermittels der Stiller'schen Zange; nach Zurücklagerung Spaltung der Dura. Da keine Geschwulst vorlag, Einstich mit Trokar in die Parietalwindung. Es entleerte sich ein Reagensglas heller seröser Flüssigkeit. Nach Eingehen mit dem Finger fand sich eine etwa $^3/_8$ Zoll im Durchmesser große Cyste dicht über dem Ventrikel. Durch Drains wurde die Flüssigkeit abgeleitet, nachdem Dura- und der Haut-Knochenlappen zurückgelagert waren, welche beide das Drain durchsetzte. Ungestörte Heilung der Operationswunde. Herstellung der Beweglichkeit und des Gefühles sind zweifelhaft. Es folgen noch Betrachtungen über das Zustandekommen der Astereognosis.

Trapp (Bückeburg).

17) **J. Günzburg.** Tumeurs cérébrales sarcomateuses chez l'enfant.

(Soc. méd. chir. d'Anvers 1900. December.)

Den Fällen von Abelin, Ebstein, Henoch, Russel, Smith, Fretz, Völkel, Jablokoff und Klein, Virchow, Graefe — im Ganzen 10 Fälle — fügt G. einen weiteren Fall von kleinzelligem Sarkom der Gegend des Chiasma nerv. optic. hinzu, welcher ein 7 Jahre altes Mädchen betraf. Die Hauptsymptome waren Kopfschmerz, Verstopfung, Sehstörungen, Motilitätsstörungen. Nachdem Jodkali vorübergehend Besserung gebracht, ging das Kind unter Koma in einigen Monaten zu Grunde. Die Sektion stellte ein in Eiterung übergehendes Sarkom fest, welches außer dem Chiasma die Glandula pituitaria, Sella turcica, Keilbeinhöhle, das Os ethmoidale und die Augenhöhlen ergriffen hatte. G. bespricht diesen so wie die in der Litteratur gefundenen Fälle ihrem Sitze und ihren Symptomen nach und geht dabei auf die therapeutischen Erfolge und Aussichten operativen Eingreifens näher ein. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

18) **Mills, Keen, Spiller.** Tumor of the superior parietal convolution, accurately localized and removed by operation.

(Journ. of nervous and mental diseases 1900. Mai.)

Bei dem 57jährigen Pat. hatte sich im Laufe von etwa 15 Jahren allmählich folgender Befund entwickelt: Einseitiger Kopfschmerz in der linken Scheitelgegend, zuerst vorübergehend, nachher dauernd, war das früheste Zeichen; erst 10 Jahre später traten die ersten Zeichen von motorischer Parese des rechten Armes auf, zunächst als Parästhesie; dann folgte 5 Jahre später leichte Ataxie und motorische Parese des Armes und kurz darauf des Beines. Das Muskelgefühl wurde stärker beeinträchtigt, es trat Unfähigkeit, Körper durch Gefühl zu erkennen (Astereognosis), und Abschwächung des Schmerz-, Berührung- und Temperaturgefühls deutlich auf. Später gesellten sich Steigerung des Patellar- und Achillessehnenreflexes, so wie Sprach- und Gedächtnisstörungen hinzu. Die Wahr-

scheinlichkeitsdiagnose wurde damals auf Hirngeschwulst in der linken Scheitelwindung gestellt. Stauungspapille fehlte von Anfang bis zum Schlusse. Die Operation wurde unternommen, nachdem durch apoplektiformen Anfall Paralyse des rechten Armes und Beines, so wie Facialis- und schwere Sprach- und Gedächtnisstörungen herbeigeführt waren.

Eröffnung des Schädels durch Meißel und Gigli-Säge. Die Basis des Knochenlappens musste angesägt werden, um eingebrochen zu werden, da der Knochen 1 cm dick war. Die Vordergrenze des Lappens lag an der Rolando'schen Furche, musste aber nachher noch nach vorn mit Luer'scher Zange erweitert werden. Die Geschwulst trat sofort nach Spaltung der Dura zu Tage, als dunkelrothe, himbeerartige Hervorragung. Aus der seitlichen Überlagerung von dünn ausgezogenen Hirnmassen ging ihr Durchbruch von innen nach außen hervor. Diese seitlich sie überlagernden Theile wurden getrennt und die Geschwulst ausgeschält, wobei eine große Cyste eröffnet wurde, die 60 g Flüssigkeit enthielt. Die Geschwulst wurde nach Umstechung von 3 großen Venen ganz abgetragen und die Cystenwand, aus weißlichem, mit leichten Granulationen bedecktem Gewebe bestehend, entfernt; dann, da keine Blutung folgte, Dura und Schädel geschlossen. Während der Duranaht hatte sich der ganze Hohlraum schon angelegt.

Es erfolgte reaktionslose Heilung, so dass am 6. Tage die Nähte entfernt werden konnten. Die Besserung begann sofort nach Entleerung der Cyste mit Hebung von Puls und Athmung. Die Paresen und Paralysen schwanden sehr schnell, gleich nach der Operation war auffällige Besserung der Sprache eingetreten; nach 8 Tagen begann die Motilität des Beines wiederzukehren und nach 3 Monaten war sie vollständig normal bis auf ein kaum wahrnehmbares Hinken. Die Geschwulst erwies sich als Endotheliom.

Für die Diagnose der Lokalisation hält M. besonders die Ataxie mit Veränderung des Muskelsinnes (Astereognosis), dessen Centrum er in die hintere Scheitelregion legt, für sehr wichtig. Der Sitz und die Entwicklung der Geschwulst lagen in dieser Gegend, und alle anderen, später auftretenden Erscheinungen sind dem Drucke zuzuschreiben. **Trapp** (Bückeburg).

19) **L. Spillmann** und **L. Nilus.** Tubercules de la couche optique et du cervelet.

(Gaz. hebdom. de med. et de chir. 1900. No. 100.)

Bei einem 17jährigen Mädchen fanden sich Tuberkel außer im linken Thalamus opt. und im Kleinhirn noch im Gyrus hippocampi.

Die Symptome bei Lebzeiten bestanden in heftigem Kopfweh, absoluter Erblindung mit Stauungspapille, Erbrechen. Bemerkenswerth ist, dass der Puls nie verlangsamt war, ferner der Umstand, dass nur im Beginne der Erkrankung ein Anfall von Jackson'scher Epilepsie (Arm, Bein, Gesicht rechts) auftrat, während später weder Störungen von Seiten der Motilität noch solche der Sensibilität oder der Intelligenz beobachtet wurden. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

20) **Maydl** (Prag). Cysticercus cerebri — Exstirpation — Heilung.

(Wiener klin. Rundschau 1901. No. 16.)

Von den parasitären Cysten des Gehirns sind bisher Cysticerken nur einmal chirurgisch angegriffen worden, und zwar von v. Mikulicz, der aus der vorderen Centralwindung eines 51jährigen Mannes 2 Cysticerken entfernte und nahezu vollständige Heilung erzielte. Verf. fügt diesem einen zweiten, eigenen Eall hinzu, der in so fern günstig lag, als das Vorhandensein zahlloser Cysticerken im übrigen Körper (namentlich auch subkutan) die Diagnose nahelegten und die Lokalisation durch sehr gleichförmige, epileptiforme Anfälle, die stets in der linken Hand begannen, erleichtert wurde; auch gab Pat. lokale Schmerzhaftigkeit in der rechten Parietalgegend an.

Der 25jährige Kranke wurde 16 Tage nach der operativen Entfernung eines Cysticercusbläschens, dessen Lokalisation genau der von v. Mikulicz beobachteten

entsprach, geheilt entlassen. Nur am Abend der Operation wurde noch ein Anfall beobachtet; dann bis zur Entlassung völlige Euphorie. — Weitere Nachrichten werden nicht gegeben. **Schmieden** (Bonn).

21) Colleville. Sur un cas d'épilepsie jaksonienne d'origine urémique. Symptomes en corrélation avec une lésion limitée dans la zone préfrontale.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 57.)

Die Krämpfe waren beschränkt auf das Gebiet des Ramus ext. u. N. accessorii sin. (Sternomastoideus und Trapezius). Bei der an Urämie zu Grunde gegangenen 49jährigen Kranken fand C. am Übergange der 2. in die 3. Stirnwindung rechts einen kleinen Substanzverlust, der, von der Größe eines großen Nadelkopfes, nur die graue Substanz betraf. Die kleinen Blutgefäße ringsherum waren deutlich erweitert. Mikroskopisch ließ sich außer dem Verluste der großen motorischen Zellen nur eine bedeutende Ansammlung von Granulationszellen nachweisen.
W. Sachs (Mülhausen i/E.).

22) Greer. Craniotomie, with the implantation of eggshell membrane, for Jacksonian epilepsie.

(Bristol med.-chir. journ. 1901. März.)

Die betreffende Pat. erlitt vor 11 Jahren eine schwere, komplicirte Schädelfraktur, die Wunde vereiterte und schloss sich erst nach 2 Jahren vollkommen. Die im 1. Jahre nach der Verletzung sehr häufigen epileptischen Anfälle wurden allmählich seltener, blieben dann 9 Jahre lang völlig aus und traten zugleich mit schweren Kopfschmerzen seit 2 Jahren mit zunehmender Häufigkeit und Intensität wieder auf, und zwar mit typischem Jackson'schen Verlaufe (Beginn im rechten Daumen). Über der linken Rolando'schen Furche fand sich eine tiefe, druckschmerzhafte Impression, deren Boden durch eine starre, mit der Unterlage fest verwachsene Narbe gebildet wurde. Nach Bildung eines Knochenlappens und Eröffnung der Schädelhöhle stieß man auf festes Narbengewebe, welches excidirt wurde. Die nun freiliegende Hirnsubstanz pulsirte sehr schwach, war dunkel verfärbt und sehr morsch, von zahlreichen, nach der excidirten Narbe zu verlaufenden Narbenzügen durchsetzt. Dieselben wurden mit einem Theile der Hirnsubstanz ebenfalls entfernt. Hierauf wurde nach dem Vorgehen von Freeman, um den Wiedereintritt von Verwachsungen zu verhüten, ein Stück Eierschalenhaut von etwa $2^1/_2$ cm im Quadrat zwischen Gehirnoberfläche und Schädelöffnung gelegt; ein zweites Stück wurde von außen über die Öffnung gelegt, und der Knochenlappen zurückgeschlagen. Heilung per primam.

4 Monate später brach nach einer leichten Verletzung die Narbe an einer umschriebenen Stelle wieder auf, und in der Tiefe wurde das zu äußerst liegende Stück der Eihaut weiß und glänzend sichtbar. Das Stück wurde, um stärkere Narbenbildung zu vermeiden, durch die Fistel entfernt, es war unversehrt, noch elastisch und fest, Ränder und Unterfläche mit Granulationen bedeckt. Hierauf erfolgte rasche Vernarbung. Verf. hält hiernach das Einlegen eines zweiten Stückes für einen technischen Fehler.

Zur Zeit, 6 Monate nach der Operation, ist die Narbe weich, unempfindlich, verschiebbar. Die Anfälle sind bisher ganz ausgeblieben. **Mohr** (Bielefeld).

23) H. Cordes. Apparat zur Luftverdünnung im äußeren Gehörgange mit manometrischer Bestimmung des negativen Luftdruckes.

(Ärztliche Polytechnik 1900. December.)

Obiger Apparat besteht aus einer Luftpumpe, ähnlich dem künstlichen Blutegel, welche einerseits durch einen Gummischlauch und dicht anschließenden Ohrtrichter mit dem äußeren Gehörgange, andererseits mit einem Luftdruckmesser verbunden ist, auf welchem die Luftverdünnung abgelesen wird, welche in gewöhn-

lichen Fällen um 200 mm, in toleranten sogar bis zu 250 mm Quecksilber gesteigert werden kann. Gleichzeitig kann noch von der Tuba Eustachii aus Luft in die Paukenhöhle gepresst werden. Abbildung im Originale.

E. Fischer (Straßburg i/E.),

24) **Pinatelle.** Epithélioma de la luette.

(Indépendance méd. 1901. No. 14.)

Bei der 46jährigen Pat. bestanden seit einem halben Jahre leichte Schluckbeschwerden. Die Spitze und der linke Rand des nach rechts abgewichenen Zäpfchens wurden von einer epitheliomatösen Ulceration eingenommen, Gaumenbögen und Gaumensegel frei, beiderseits 2—3 kleine, harte, bewegliche Submaxillardrüsen fühlbar. — Mouriet stellte in seiner These (Bordeaux, 1895) etwa 20 Fälle von primärem Carcinom des Zäpfchens zusammen. **Mohr** (Bielefeld).

25) **Seifert.** Über Blutungen nach Operationen an den Gaumentonsillen.

(Wiener klin. Rundschau 1901. No. 15.)

Nach kurzen Vorbemerkungen über den Bakteriengehalt des Wundbelages nach Tonsillotomie geht Verf. auf das in der Überschrift gekennzeichnete Thema ein. Er bringt aus der Litteratur eine große Reihe von Fällen schwerster primärer Blutung und späterer Nachblutung in Erinnerung und bespricht ihre Vermeidung und ihre Bekämpfung.

Während er selbst bei Tonsillotomie nie schwerere Blutung erlebt hat, berichtet er über 2 Fälle schwerer primärer Blutung nach Incision von Angina phlegmonosa. Er empfiehlt dabei statt eingreifenderer Maßnahmen einfach feste Gazetamponade. **Schmieden** (Bonn).

26) **Schäffer.** Über Wirbel- und Rückenmarksläsionen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1901. No. 2.)

Verf. bringt die ausführliche Krankengeschichte folgenden Falles:

Ein 55jähriger Holzarbeiter gleitet beim Baumfällen aus und kommt dabei mit der Brust auf einen daliegenden Baum zu liegen, so dass der umstürzende Baum ihm auf die Lendenwirbelsäule fällt. In Folge einer Verrenkung der oberen Lendenwirbel nach vorn tritt sofort eine völlige Paraplegie der unteren Extremitäten mit vollständiger Empfindungslosigkeit, mit Fehlen der Patellarreflexe und Retentio urinae ein.

Verf. bespricht unter Bezugnahme auf bereits früher veröffentlichte ähnliche Fälle in ausführlicher Weise diesen Fall hinsichtlich der Diagnose, Ätiologie und pathologischen Bedeutung und betont als diagnostisches Merkmal besonders die Querfaltung der Haut am Oberbauche, wie sie auch im vorliegenden Falle an der beigegebenen Abbildung erkennbar ist. Er weist auf die Häufigkeit der Rückenmarksblutungen nach Verletzungen der Wirbelsäule hin und hebt hervor, dass Verletzungen des Rückenmarkes nicht selten an höher gelegenen Stellen deutlicher und stärker in Erscheinung treten, als in der Höhe der Verletzungsstelle selbst.

Im Weiteren bespricht Verf. unter Anführung der einschlägigen Litteratur die anatomische Lage und Begrenzung des Conus medullaris, die Krankheitserscheinungen nach Verletzungen desselben und deren diagnostische Bedeutung.

Am Schlusse der Arbeit bringt er die Krankengeschichten dreier Fälle von eigenthümlicher spinaler Schweißstörung nach Rückenmarksläsionen.

Motz (Heddesdorf).

27) **Thomas.** Five cases of injury of the cord, resulting from fracture of the spine.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1900.)

Bemerkenswerth sind die Erscheinungen in einem Falle von Bruch der Quer- und Gelenkfortsätze des 7. mit Dislokation des 6. Halswirbels, Zerreißung der

Intervertebralscheibe zwischen 6. und 7. Halswirbel und Zerquetschung des 6. und 7. Halssegmentes. Es fand sich die für Verletzung des 7. Halssegmentes charakteristische Stellung, Flexion der Vorderarme bei Abduktion der Arme. Die motorische Lähmung der oberen Extremitäten stellte den sogenannten Vorderarmtypus dar; sie erstreckte sich auf den Triceps und die Vorderarmmuskeln mit Ausnahme der Supinatoren. Die Sensibilität war außer an den unteren Extremitäten und am Stamme auf der Ulnarseite beider Arme herabgesetzt.

In einem Falle wurde der seltene Verlauf der Bruchlinie durch die Körper des 6. und 7. Halswirbels von oben vorn nach unten hinten beobachtet.

Operativ wurde 2mal, und zwar ohne Erfolg, vorgegangen. Beide Mal wurde an zu tiefer Stelle incidirt. In einem Falle leitete eine Depression und Krepitation am 3. Brustwirbel irre, während die Hauptverletzung in einem Bruche des 5.—7. Cervicalwirbelkörpers bestand.

Von den Schlussfolgerungen des Verf. seien nachstehende hervorgehoben: Der Sitz der Rückenmarksverletzung kann höher liegen, als man nach den Sensibilitätsstörungen und Lähmungssymptomen schließen sollte. Bei Brüchen mit Dislokation kann man die Verengerung des Wirbelkanales gewöhnlich durch Hyperextension und Extension der Wirbelsäule ausgleichen. Die Frühoperation sollte auf Fälle beschränkt werden, wo man eine direkte Zerschmetterung der Bögen annehmen muss, so wie auf gewisse Fälle von Schuss- und Stichwunden des Rückenmarkes. **Läwen** (Leipzig).

28) **W. Schulthess.** Beschreibung der skoliotischen Wirbelsäule eines jungen Schweines.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. war in der Lage, eine im Brusttheile gelegene, rechtskonvexe Skoliose zu untersuchen, welche sich bei einem etwa 8 Monate alten Schweine vorfand. An dem macerirten Präparate konnten Veränderungen, welche den bei der menschlichen Skoliose gefundenen außerordentlich ähnlich sind, nachgewiesen werden, wie kompensatorische Umkrümmung, Torsion, Seitendeviation der Wirbelkörper, Asymmetrie, Rippenbuckel etc. Besonders hervorzuheben aus dem Befunde ist außerdem die Verwachsung der Bogenkörperepiphyse an einer Reihe von im Scheitel der Krümmung gelegenen Wirbeln, so wie ein dem unteren Längsbande entsprechender, größtentheils auf der konvexen Seite verlaufender, knöcherner Wulst. Die Veränderungen werden an der Gesammtwirbelsäule wie an den einzelnen Wirbeln morphologisch bis ins Detail verfolgt. Für die Ätiologie konnten keine sicheren Anhaltspunkte gefunden werden. Die Verwachsung der Bogenkörperepiphysen wird als ein sekundärer Zustand aufgefasst, der wahrscheinlich dadurch entstanden ist, dass die Epiphyse beim Vierfüßer da, wo sie weniger Längsdruck zu erleiden hat als unter normalen Verhältnissen, also z. B. an der Konvexität eines skoliotischen Bogens, verhältnismäßig früh obliterirt.

5 Tafeln mit sehr schönen Abbildungen begleiten die Arbeit.

J. Riedinger (Würzburg).

29) **Caziot.** Hérédo-syphilis de la moëlle épinière. Méningo-myélite chronique du type Erb.

(Annal. de dermat. et syph. 1900. Hft. 11.)

Die Kasuistik der Heredosyphilis des Rückenmarkes, einer selten beobachteten Affektion, wird von dem Verf. um 2 Fälle bereichert. Im ersten Falle entwickelte sich die Krankheit im 16. Lebensjahre, 3 Monate nach einem 50 Tage dauernden Typhus, nach dessen Überstehen Pat. ganz gesund gewesen war. Desshalb glaubt Verf. nicht an einen Zusammenhang der Rückenmarksaffektion mit dem Typhus. Die Symptome waren: Störungen der Motilität, der Sensibilität, der Trophik und der Harnblase; linke Seite hauptsächlich befallen; daneben einige bulbäre Symptome. Im zweiten Falle zeigten sich die Störungen bereits in den ersten Lebensjahren; sie verschwanden theilweise, recidivirten und steigerten sich so, dass der

22jährige Kranke schließlich folgenden Symptomenkomplex darbot: Steigerung der Sehnenreflexe, Kontrakturen, epileptoides Zittern, Krämpfe, blitzartige Schmerzen, geringe Koordinationsstörungen, Störungen im Gange, im Wasserlassen, geringe Atrophie der Muskeln, geringe Sensibilitätsstörungen, vorübergehende Sehstörungen, Motilitätsschwäche. Verf. macht hereditäre Syphilis für die Entstehung der Krankheit verantwortlich und führt eine Reihe heredosyphilitischer Stigmata, die beide Pat. zeigten, als genügend beweisend dafür an. Nach seiner Meinung handelt es sich um eine diffuse Sklerose des Rückenmarkes in den Seitensträngen der Dorsolumbar- und theilweise auch der Bulbärregion. **V. Klingmüller** (Breslau).

30) **Goodale.** Retropharyngealabscess in the adult.

(Boston medical and surgical journ. 1901. No. 5.)

Der Abscess wurde bei einem 18jährigen Manne ohne Wirbelcaries beobachtet. Durch Thierversuche wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen. Heilung nach Eröffnung. Verf. erklärt die Erkrankung für eine retropharyngeale tuberkulöse Lymphadenitis. **Trapp** (Bückeburg).

31) **P. Lengemann.** Kongenitaler Knorpelrest im Musculus sternocleido-mastoideus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Den bisherigen 16 Fällen von angeborenem Knorpelreste des Halses aus der Litteratur wird ein weiterer Fall angefügt, der desshalb besonders bemerkenswerth ist, weil sich das Knorpelstückchen mitten im Kopfnicker befand.

Honsell (Tübingen).

32) **D. Cheever.** Lympho-sarcoma of right lobe of thyreoid gland. Dysphagia, dyspnoea, tracheotomy, removal of tumor, recurrent dyspnoea, tracheo-oesophageal fistula, final closure, recovery.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1900.)

Eine in der Gegend des rechten Schilddrüsenlappens langsam gewachsene, hühnereigroße, mit dem Kehlkopfe bewegliche Geschwulst bei einer Frau in den mittleren Jahren verursacht Schlingbeschwerden in einem Grade, dass nur flüssige Nahrung aufgenommen werden kann; später Anfälle von Dyspnoë, stridorösem Athmen und großem Beängstigungsgefühl. Die Behandlung mit Jodkali und Schilddrüsenextrakt bleibt ohne Erfolg. Unter Cocainanästhesie Tracheotomie und, da große Erschöpfung, 3 Tage später in Äthernarkose Entfernung der weichen, in die Gefäßscheide eingedrungenen, zwischen Luft- und Speiseröhre bis unter das Brust- und Schlüsselbein reichenden Geschwulst, die sich als Lymphosarkom erweist. Der mehrfach vorgenommene Versuch, die Trachealkanüle zu entfernen, führt zu asthmatischen Anfällen, die nach Vermuthung des Verf. von einer entzündlichen Schwellung in der Luftröhre herrühren. 6 Wochen nach der Operation Schüttelfrost und Fieber, schließlich Hämorrhagie und Eiterentleerung. Genossene Milch kommt aus der Kanüle wieder zum Vorscheine. Dauernde Entfernung der letzteren jetzt ohne Folgen. Die Pat. wird nun 3 Wochen lang durch den Mastdarm, dann 12 Wochen mit der Schlundsonde ernährt, bis sich allmählich die natürliche Nahrungsaufnahme wieder einstellt. Die Luft-Speiseröhrenfistel hat 5 Monate bestanden. Völlige Heilung. Einen Grund für Entstehung und Perforation des Trachealabscesses vermag Verf. nicht anzugeben. **Läwen** (Leipzig).

33) **C. Mariani** (Massa Maritima). Pozzo esoftalmico curato colla bilaterale resezione del simpatico cervicale. Un cenno preventivo su 8 casi di epilessia volgare curati collo stesso atto operativo.

(Clinica chirurgica 1900. No. 1 u. 2.)

M. stellte auf dem XIV. italienischen Chirurgenkongresse 1899 ein 24jähriges Mädchen vor, an dem er wegen Morbus Basedowi[1] 4 Monate früher beiderseits

[1] M. schlägt »aus nationalen Gründen« vor, den Namen in »Morbus Flaiani-Basedow« umzuändern, da F l a i a n i, ein römischer Arzt, schon 60 Jahre vor Ba-

den Cervicaltheil des Sympathicus resecirt hatte. Resultat: Starke Verminderung des Exophthalmus, vollständiges Verschwinden der Palpitationsanfälle; Verminderung anderer Symptome, wie des Kropfes, der Diarrhöen, der Schlaflosigkeit, des Intentionszitterns.

M. stellt den Eingriff als kausale Behandlung hin.

Ferner hat M. an 8 Epileptikern die gleiche Operation ausgeführt. Es hat sich allerdings in 6 Fällen eine Wendung zum Besseren eingestellt, doch ist die Zeit (7 Monate) noch viel zu kurz, um ein definitives Urtheil zu fällen.

J. Sternberg (Wien).

34) **M. A. Capurro** (Genua). Un caso raro di migrazione di corpo estraneo ingesto.

(Clinica chirurgica 1899. No. 11.)

7monatliches Mädchen erkrankt unter schmerzhaften Schlingversuchen; nach wenigen Tagen Husten, Fieber, nach 2 Wochen ein Abscess im 10. rechten Interkostalraume in der hinteren Axillarlinie; 24 Stunden später ein Erstickungsanfall, der sich nach Erbrechen einer mächtigen Menge gelbgrünen Eiters legt. Sofort Incision des Abscesses, gleicher Inhalt, Heilung. Nach weiteren 14 Tagen ein neuer Abscess knapp über und vor dem ersten. Incision, Extraktion einer Ähre von Brachipodium vulgare von 4 cm Länge.

C. nimmt eine Perforation der Speiseröhre in der Höhe des 8. Interkostalraumes und eine Kontourwanderung des Fremdkörpers extrapleural bis zum Orte der Entdeckung an. **J. Sternberg** (Wien).

35) **v. Brackel.** Zur Kasuistik der Rippenenchondrome.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 39.)

Manneskopfgroße Geschwulst von der linken 9. Rippe ausgehend; die 10. usurirt, die 8. nach oben verdrängt; sie lässt sich von der Pleura, die unversehrt bleibt, losschälen. Die 9. Rippe ist in der Geschwulst aufgegangen. Mikroskopisch besteht dieselbe aus hyalinem Knorpel, zum Theil in Schleimgewebe aufgelöst. Heilung. Nach 6 Monaten kein Recidiv. In der Litteratur der letzten 25 Jahre ließen sich nur 11 Fälle von Rippen- resp. Thoraxenchondromen auffinden.

Haeckel (Stettin).

36) **E. Müller** (Hagen). Behandlung eines Falles von Empyem mit Dauerkanüle.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 8.)

Der von M. benutzte Trokar ist kurz und gekrümmt, die Kanüle mit kleinen seitlichen Löchern und einem beweglichen Schild versehen, in der Lichtung nur 3—4 mm messend und 3 cm lang. Das Instrument lässt sich mit der Bülau-schen Heberdrainage kombiniren. **Kramer** (Glogau).

37) **A. Depage.** De l'effoudrement de la paroi thoracique en cas de pleurésie purulente chronique généralisée.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1900. November u. December.)

In einem Falle von linksseitigem Empyem eines 22 Jahre alten Mannes verfuhr D. wie folgt:

1. Sitzung Mai 1900: Schnitt zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule von der 4. Rippe abwärts zur 8., dann parallel der letzteren nach vorn zum Brustbein, Resektion der 8. Rippe, Herauf- und Nachvornklappen der Brustwand, Befreiung der Pleura von ihren Auflagerungen. Reposition der Brustwand. — Erfolg: Besserung, keine Heilung.

---

sedow dieses Krankheitsbild fixirt hatte. (Cf. Möbius, Morbus Basedow, in Nothnagel's Spec. Pathologie und Therapie. Wien, 1896. Ref.)

2. Sitzung 4 Wochen später: Schnitt vorn in der Mammillarlinie von der alten Incision aufwärts bis zum Schlüsselbeine; 5 cm vom vorderen Theile desselben werden resecirt, sämmtliche 7 Rippen durchtrennt, die 1. Rippe entfernt. Nunmehr kann die Brustwand sammt Arm nach hinten geschlagen werden, worauf die 2.—7. Rippe von innen her entfernt werden. Reposition der Thoraxwand. Tod.

In der Diskussion über diesen Fall kamen die Operationen von Estländer, Schede, Bardenheuer, Beck u. A. zur Sprache. Die Mehrzahl der an der Diskussion Betheiligten sprach sich dahin aus, es sei besser, diese heroischen einmaligen Eingriffe durch eine größere Anzahl kleinerer Operationen an den Rippen zu ersetzen und die Zeitintervalle zwischen den letzteren recht groß zu nehmen. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

38) **Jones and Keen. Two unusual cases of surgery of the trachea.**
(Philadelphia med. journ. 1899. Juli.)

1) Bei 30jährigem Manne war nach Selbstmordversuch mit völliger Durchschneidung der Luftröhre Behandlung im Krankenhause durch Einlegen einer Kanüle und Heilung erfolgt; doch war bei Entfernung der Kanüle Athmung auf natürlichem Wege unmöglich. Es fand sich ein querer Abschluss der Trachealwunde in Höhe des 3. Ringes, der völlig die Krümmung der Kanüle hatte. Bei der Operation, die von der Luftröhrenwunde vorgenommen wurde, wurde zuerst die durch Narbenzug nach vorn verlagerte Speiseröhre angeschnitten, doch sofort wieder zugenäht, und nun weiter vorn in der Mitte des Verschlusses ein Schlitz gemacht, durch den man leicht mit gekrümmter Sonde in den Mund gelangte. Die Membran wurde ganz entfernt, die Enden der Luftröhre mit Seide zusammengenäht; die Enden waren leicht zusammenzubringen. 3 cm tiefer neue Tracheotomie, Kanüle eingelegt, Tieflagerung des Kopfes im Bette. Heilung der Trachealnaht per primam. 4 Tage lang wurde Mastdarmernährung angewandt zur Vermeidung von Schluckbewegungen.

2) Verengerung der Luftröhre bei 21jährigem Mädchen, bei dem die letzten 4 Jahre vorher häufige Katarrhe u. dgl. aufgetreten waren. Die Verengerung saß unmittelbar unter dem Ringknorpel und konnte bei der Operation nur durch Spaltung des letzteren bequem zugänglich gemacht werden. Von dem sehr harten Gewebe der Verengerung, die sich vom oberen Rande des 3. bis zur oberen Basis des 5. Ringes erstreckte, wurde die Schleimhaut nach oben und unten in 2 Lappen abgelöst, das Bindegewebe ausgeschnitten, danach die Schleimhaut, deren Vereinigung in der Mitte nicht gelang, vernäht, eben so die Luftröhre selbst und auch gleich die Hautwunde geschlossen. Heilung per primam, mit sehr guter Funktion.

Bei allen derartigen Operationen wandten die Verff. die Beckenhochlagerung an, um Einfließen von Blut etc. in die Luftröhre zu vermeiden; auch mehrere Tage nachher wurde sie durch Hochstellen des Bettfußendes fortgesetzt.

Trapp (Bückeburg).

39) **J. Garel. Clou fixé dans la bronche droite depuis deux mois. — Diagnostic par la radiographie. Ablation avec l'électro-aimant. — Guérison.**
(Annales des malad. de l'oreille etc. T. XXVII. No. 2.)

Es gelang dem Autor, einen eisernen Nagel, dessen Sitz durch Skiagraphie genau festgestellt war (rechter Bronchus, Spitze unten, Kopf oben), mit Hilfe eines Elektromagneten zu entfernen.

Der $5^1/_2$ cm lange Nagel war von dem Pat., einem 18monatlichen Knaben, 2 Monate vorher aspirirt worden. Nach einem heftigen Erstickungsanfalle kehrte die Athmung zur Norm zurück, so dass der zunächst konsultirte Arzt annahm, der Fremdkörper sei in den Verdauungstractus und nicht in die Luftwege gerathen. — Trotzdem alle Lungenerscheinungen fehlten, magerte der kleine Pat. rapid ab, so dass er sich, als G. konsultirt wurde, in einem traurigen Zustande befand. G. rieth sofort zur Operation, und zwar beabsichtigte er zunächst, mit Hilfe einer

Zange den Fremdkörper zu fassen. Als er bei seinem Instrumentenmacher nach einem geeigneten Instrumente suchte, machte ihn dieser auf einen Elektromagneten aufmerksam, den er gerade für einen Ophthalmologen hergestellt hatte (Tragkraft 3 kg, Stromstärke 3 Volt).

Zunächst wurde in Allgemeinnarkose die Tracheotomie ausgeführt. Als dann der Magnet der Tracheotomiewunde genähert wurde, flog plötzlich zu allgemeinem Erstaunen der Nagel mit einem Rucke an die Spitze desselben. — Während der nächsten 14 Tage Temperatursteigerungen bis zu 39,5°, dann glatte Heilung.

An die Mittheilung des Falles knüpft G. einige allgemeine Bemerkungen. Zunächst die Frage, ob eine so exakte Diagnosenstellung auch ohne Röntgenverfahren möglich gewesen sei. Er bejaht dieselbe und weist auf die genauen Resultate hin, die die Induktionswage liefert. — Die Killian'sche direkte Bronchoskopie hält G. für schwieriger, als sie thatsächlich ist, anscheinend, weil er sie selbst nie versucht hat. — Die Tracheotomie hält G. nicht für unbedingt nothwendig, er meint, man solle sie, wenn irgend möglich, vermeiden.

Hinsberg (Breslau).

40) **R. Saint-Philippe und Frl. Nourrit.** Corps étranger des voies aériennes. Epi de blé ayant pénétré jusqu'à la bronche moyenne et ayant entraîné la gangrène du poumon et une hémoptysie mortelle.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1900. December.)

Das Wesentliche ist in der Überschrift enthalten. Die Hämoptoë begann am 4. Tage, der Tod trat am 10. ein. Auffällig ist das Alter des Kindes (4 Jahr) und die Größe des Fremdkörpers (6,5 cm Länge); ferner dass auch die Lymphdrüsen am Hilus gangränös waren. **F. Goeppert** (Kattowitz).

41) **H. Milton.** Removal of a foreign body from the bronchus by intrathoracic tracheotomy.

(Lancet 1901. Januar 26.)

Bei einem 40jährigen Manne, bei dem wegen syphilitischer Kehlkopfstenose Tracheotomie ausgeführt war, war der Tubentheil der Kanüle in die Luftröhre hinabgeglitten; sie lag im rechten Bronchus, kurz hinter der Bifurkation, wie die Sondenuntersuchung ergab, fest eingekeilt, und es gelang nicht, sie durch allerlei unblutige Operationen herauszubefördern; vitale Indikation, bedingt durch septische und pneumonische Erscheinungen, zwang zur Eröffnung der unteren Trachea. Nach Durchtrennung der Weichtheile von der alten Tracheotomiewunde aus in der Mittellinie nach unten und Durchsägen des Brustbeines konnte dieses mit großen stumpfen Haken nach beiden Seiten aus einander gehalten, und nach Incision der vorderen Luftröhre dicht über der Bifurkation von hier aus ohne Nebenverletzungen mittels Zange der Fremdkörper aus dem rechten Bronchus entfernt werden. Die untere Tracheotomiewunde wurde zu nähen versucht und nach gehöriger Drainage des vorderen Mediastinums die Wunde theilweise, besonders im oberen Theile durch Naht geschlossen und Kanüle eingelegt; trotz anfänglich guten Verlaufes ging der Pat. nach einigen Tagen, anscheinend an akuter Sepsis, zu Grunde.

Entgegen dem beschriebenen Vorgehen räth M. im gegebenen Falle, die Luftröhrenwunde nicht zu nähen, ferner einen Theil des Brustbeines zu reseciren und von hier aus die Trachealwunde durch feste Tamponade abzuschließen, ferner über ausgiebiger Drainage das übrige Brustbein durch einige Silbernähte zu vereinigen; die Gaze über der Trachealwunde ist recht häufig zu wechseln.

Die Gefahren der Operation werden zusammenhängend besprochen.

F. Kraemer (Berlin).

42) **Hassler.** Balle de fusil de guerre enkystée dans le poumon etc.

(Indépendance méd. 1901. No. 5.)

Das Interesse des Falles liegt in der genauen Lagebestimmung des im rechten unteren Lungenlappen fest eingeheilten Geschosses mittelst X-Strahlen (Beschrei-

bung der Methode). Der Verletzte hatte 7 Monate nach der Verletzung keinerlei Beschwerden, der objektive Befund war abgesehen von einigen leichten Reibegeräuschen normal. **Mohr** (Bielefeld).

43) **L. L. Hill.** Wounds of the heart with a report of seventeen cases of heart suture.

(New York med. record 1900. December 15.)

Dass Fremdkörper im Myokard jahrelang ruhen können, wird durch einen Fall von Stephenson, der ein 11 Jahre lang eingekapseltes Geschoss fand, und einen Soldaten (Beers, Cincinnati Lancet-Clinic 1898), welcher in der Wand des rechten Ventrikels 37 Jahre lang ein Geschoss beherbergte, illustrirt.

H. entfernte bei einem 8jährigen Mädchen aus dem 5. Interkostalraume eine $2^1/_2$ Zoll lange Nadel, deren Spitze die Pulsation des Herzens wiedergab. Es bedurfte nur eines Hautschnittes unter ein paar Tropfen Cocain, um mit der Zange extrahiren zu können. Das Allgemeinbefinden scheint eine Herzverletzung zu bestätigen.

Der nächste Fall betrifft eine Stichwunde in der Nähe der rechten Brustwarze im 4. Interkostalraume bei einem 28jährigen Neger. Die Öffnung wurde erweitert und das Blut aus dem Perikard entleert. Trotz nachfolgender Perikarditis Genesung.

Die folgenden 17 Fälle von Herznaht sind aus der Litteratur mit Unterstützung von Giordano publicirt. **Loewenhardt** (Breslau).

44) **J. Watten.** Beitrag zur operativen Behandlung der Stichwunden des Herzens.

(Gaz. lekarska 1900. No. 37.)

Ein 23jähriger, rüstiger Mann erhielt einen Stich in die rechte Brustseite mittels eines langen Schnappmessers. Danach war er noch einige Schritte bis in seine Wohnung gegangen, wo er ohnmächtig wurde. Aus der Wunde floss reichlich Blut. Verf. bekam den Pat. $3^1/_2$ Stunden nach dem Unfalle zu Gesicht. Symptome hochgradiger Anämie und Dyspnoë, Puls über 100. Nach Entfernung des provisorischen, stark von Blut durchnässten Verbandes wurde im 4. Interkostalraume rechts eine $3^1/_2$—4 cm lange, 2 cm lateral vom Brustbeinrande beginnende, etwas nach unten verlaufende Schnittwunde konstatirt, aus welcher Luft mit deutlich hörbarem Geräusche entwich und Blut in Strömen floss. Eine genauere physikalische Untersuchung des Brustkorbes war ausgeschlossen.

Mit dem Zeigefinger gelangte Verf. bis zum Herzen und konstatirte in dessen rechtem Ventrikel eine Verletzung. Ob dieselbe penetrirend war, darüber konnte er sich bei vorsichtiger Tastung nicht klar werden. In Chloroformnarkose wurde nun rasch durch Erweiterung der Wunde nach vorn und Resektion des 4. Rippenknorpels die Herzbeutelwunde dem Auge zugänglich gemacht. Dieselbe hatte mit der Hautwunde eine fast gleiche Richtung, war etwa $2^1/_2$ cm lang und klaffte circa 1 cm weit. Um sich die Operation in der Tiefe zu erleichtern, führte Verf. am inneren Sternalrande einen senkrechten Schnitt bis zur 2. Rippe durch Haut, Muskeln und Knochen und schlug den ganzen Haut-Muskel-Knochenlappen nach außen. Nachdem noch die Herzbeutelwunde etwas nach unten erweitert worden war, sah man genau die etwa 2 cm lange Schnittwunde im Herzen. Die Naht derselben war durch die krampfhaften Herzbewegungen recht erschwert und gelang erst, als Verf. das Herz mit der linken Hand leicht gegen das Brustbein drückte. Nach Anlegen der Naht wurde die Herzaktion wesentlich ruhiger. Drainage des Herzbeutels und der Pleura durch Jodoformgazestreifen. Vollständige Heilung.

Trzebicky (Krakau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. Sonnabend, den 22. Juni. 1901.

Inhalt: Bălăcescu, Sofortige Cystorrhaphie nach der Sectio alta (suprapubica). (Original-Mittheilung.)

1) **Bayer,** Chirurgie in der Landpraxis. — 2) **Stechi** und **Gardini,** Operationslehre. — 3) **Hofmeister,** 4) **van Eden,** Verbandlehre. — 5) **Nehrkorn,** Multiplicität bösartiger Geschwülste. — 6) **Moschowitz,** Tetanus. — 7) **Bier,** Bluttransfusion. — 8) **Dörfler,** Blutvergiftung und Amputation. — 9) **Doléris,** Medullaranästhesie. — 10) **Zydłowicz,** Ulcus molle. — 11) **Borzecki,** 12) **Meils,** Syphilis. — 13) **Jessner,** Hautkrankheiten. — 14) **Keirle,** Erysipel. — 15) **Pignot,** Pilzkrankheiten des behaarten Kopfes. — 16) **Bodin,** Trichophyten des Bartes. — 17) **Ehlers,** Sklerodaktylie. — 18) **Schlagintweit,** Schwimmende Tropfen. — 19) **Bissel,** 20) **Bangs,** 21) **Haydem,** 22) **Posner,** Prostatahypertrophie. — 23) **Pasteau,** Prostatasteine. — 24) **Pryor,** Cystoskopie. — 25) **Mann,** Nieren und Narkose. — 26) **Morris,** Wanderniere. — 27) **Parona,** Varicocele.

28) **Gerson,** Elastische Pflasterbinden. — 29) **Ernberg,** Ganglion. — 30) **Bissel,** Tetanus. — 31) **Mühlig,** Wismuthvergiftung. — 32) **Achard** und **Clerc,** Pikrinsäurevergiftung. — 33) **Achard,** Urticaria. — 34) **Profichet,** Hautsteine. — 35) **Kaposi,** Lymphosarkom mit Hautmetastasen. — 36) **Blagowestschenski,** Harnröhrenstrikturen. — 37) **de la Harpe,** Prostatahypertrophie. — 38) **Möller,** Prostatatuberkulose. — 39) **Pousson,** 40) **Barlow,** Blasentuberkulose. — 41) **Richardson,** Ureterocystanastomose. — 42) **Viannay,** 43) **Bouglé,** 44) **Simon,** Nierentuberkulose. — 45) **Meinel,** Nierenechinococcus. — 46) **Busse,** 47) **Preindlsberger,** 48) **Josephson,** 49) **Rank,** Zur Nierenchirurgie. — 50) **Debrunner,** Gynäkologisches. — 51) **Hartmann,** Nervenerkrankung im Plexus lumbalis.

(Aus der chir. Universitätsklinik des Herrn Prof. Dr. Th. Jonnesco in Bukarest.)

Sofortige Cystorrhaphie nach der Sectio alta (suprapubica).

Von

Dr. **Bălăcescu.**

Von den Behandlungsweisen der Harnblasenwunde, welche man der heute leicht ausführbaren, ungefährlichen und weit verbreiteten Sectio suprapubica sofort nachschickt, ist die Cystorrhaphie die am meisten von den Chirurgen bevorzugte und fast in allen Fällen anwendbare Methode; denn sie hat keine Kontraindikationen außer der durch die intravesikalen Manipulationen oder die partielle Exstirpation der Blasenneoplasmen verursachten Hämorrhagie. Auch die

Cystitis ist erfahrungsgemäß keine absolute Kontraindikation. Mit Recht findet die Blasennaht in der letzten Zeit immer mehr Anhänger; denn die Heilung der Blasenwunde erfolgt in 7 Tagen, und die Kranken können nach dem 12. Tage das Bett verlassen und ihrem Berufe nachgehen. Die Cystorrhaphie ist, wenigstens wenn es sich um Harnsteine handelt, der mit einem 30- bis 40tägigen Bettliegen verbundenen Drainirung, welche sonst eine ebenfalls gute Methode ist, so wie der im Dunkeln arbeitenden und unsicheren[1] Lithotripsie weit überlegen. Dies beweisen ihre zahlreichen, in den Zeitschriften aller Kulturländer publicirten Erfolge.

Der Zweck dieses Artikels ist, ein neues Cystorrhaphieverfahren, welches im Jahre 1898 zunächst an Hunden experimentell ausgeführt und dann am Menschen erprobt wurde, bekannt zu machen. Die dabei gewonnenen vorzüglichen Resultate wurden auf dem französischen Kongresse für Urologie im Jahre 1898 vom Herrn Prof. Dr. Jonnesco mitgetheilt.

Dieses von mir Cystorrhaphie per Imbrikation genannte Verfahren ist folgendes:

Salol oder Urotropin innerlich und Blasenausspülungen mit Kali hypermanganicum 1 : 2000 oder gleichzeitig mit Arg. nitr. 1 : 5000, besonders bei Cystitis. Diese Vorbereitung hat in allen Fällen 3—6 und mehr Tage lang zu geschehen.

Entleerung des Rectums, Abrasiren der Regio hypogastrica und allgemeines Bad. Das Operationsfeld wird in der bekannten Weise sorgfältig desinficirt. Während des Narkotisirens wird die Blase noch einmal mit Borsäure (4%) oder Arg. nitr. 1 : 1000 ausgespült und dann ganz entleert.

Erster Akt. Ganz zweckmäßig stellt man sich zur linken Seite des Kranken.

a. Durch eine stets an der Symphyse beginnende, 6—10 cm lange Incision trennt man in der Linea mediana die Haut, das Fettgewebe, die Aponeurose der Linea alba und zieht die Mm. recti mit zwei Farabeuf'schen Haken aus einander. Nach Durchtrennung der dünnen Fascia transversa gelangt man in den prävesikalen Raum oder das Cavum Retzii. Man löst das prävesikale lockere Fettgewebe mit den Fingern stets in der Richtung des oberen Wundwinkels ab und zieht die Umschlagsfalte des Peritoneums in den oberen Wundwinkel.

b. Die in der Tiefe nun frei liegende vordere Blasenwand ist einzig und allein an ihren Gefäßen und Konsistenz leicht zu erkennen. Die Füllung des Organs mit Flüssigkeit oder die üblichen Erkennungsmittel benutzen wir daher nie.

c. Man löst nun das Peritoneum von dem Vertex und ein wenig von der hinteren Wand der Blase mit den Fingern

[1] Vincent, Lyon méd. 1901. No. 4. p. 133.

ab. Die Ablösung des Peritoneums ist sehr leicht, hat keine Nebenverletzung zur Folge und bietet den großen Vortheil, dass die Blase mit großer Leichtigkeit zwischen die Hautwundränder in die Höhe gezogen werden kann. Wir machen daher die übliche Ablösung der Blase von der hinteren Wand der Symphyse nicht.

Zweiter Akt. Eröffnung der Blase.

Der Vertex der Blase wird nun durch zwei dicke Katgutschlingen oder zwei spitze Häkchen oberflächlich (nur an der Muscularis) erfasst und zwischen die Hautwundränder herausgezogen. Nach Beschützung der Abdominalwunde durch kleine sterile Kompressen wird die Blase durch eine 4 cm lange, durch den Vertex angelegte, an der vorderen Blasenwand beginnende und in der hinteren endigende Incision Schicht für Schicht getrennt. Dabei darf kein einziger Tropfen Flüssigkeit herausfließen. Daher wird die Blase, wie gesagt, vorher ganz vollständig entleert. Die Blasenwunde wird jetzt möglichst hoch gehalten, sorgfältig besichtigt und mit dem rechten Zeigefinger abgetastet. Je nach Bedarf wird sie mit der Schere etwas erweitert. Nach Entfernung des Steines, resp. der Steine, wobei man die Blasenwundränder schonen muss, tastet man die Blase noch einmal ab und legt einen Pezzer-schen Verweilkatheter in dieselbe (von der Wunde aus).

Dritter Akt. Cystorrhaphie nach unserem Verfahren.

1) Der der Seite des Operateurs entsprechende Blasenwundrand, also hier der linke, wird mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand erfasst und derart nach außen umgeschlagen, dass er zu einem Lappen, dessen Mucosa nach vorn sieht, wird. Die Mucosa wird hierbei vom unteren zum oberen Blasenwundwinkel und in einer Entfernung von $1-1^1/_2$ cm vom freien Lappenrande, ohne Verletzung der Muscularis, vorsichtig eingeschnitten, so dass eine halbmondförmige Mucosazone gebildet wird. Trägt man nun letztere von ihrer unterliegenden Muscularisschicht mit Schere und Pincette ab, so erhält man links einen Blasenwundlappen, dessen innere Fläche mucosalos resp. angefrischt ist. Der rechte Blasenwundrand erfährt diese Procedur nicht.

2) Suturen.

a. Die erste Nahtreihe betrifft die Mucosa beider Seiten: Man fängt im unteren Blasenwundwinkel an. Man sticht die mit Katgutfäden No. 0 oder 00 versehene Näherin- oder Hagedornnadel in einiger Entfernung vom rechten Blasenwundrande in die Mucosa von außen ein, führt sie durch ihre Dicke weiter und sticht wieder aus, sticht auf der anderen Seite von innen in die an die Muskellappenbasis grenzende Mucosa wieder ein, führt die Nadel hier ebenfalls durch die Mucosadicke weiter und sticht auch hier aus. Die erste Fadenschlinge wird dicht am unteren Blasenwundwinkel geknotet. Und so weiter wird eine fortlaufende Naht gemacht, welche die Blasenmucosawunde bis zum oberen Winkel, wo der Faden wieder

geknotet wird, vereinigt. Diese muköse Naht bringt sicherlich keinen Schaden[2], weil der leicht resorbirbare Katgutfaden nicht zu einem fremden Körper werden kann. Statt derselben kann man eine nur durch die Submuscularisschicht gehende fortlaufende Naht anlegen, die dann die Blasenmucosawundränder in das Blaseninnere einschlägt.

b. Die nun folgende Naht des Muskellappens ist der allerwichtigste Theil der Operation und muss mit aller Sorgfalt gemacht werden. Man fängt im unteren Wundwinkel an. Man sticht die mit Katgutfaden No. 0 versehene gerade Nadel in die Muskellappenbasis von außen ein, führt sie durch die Basisdicke weiter und sticht in der Basis wieder aus, sticht auf der anderen Seite in einer Entfernung von 3—4 mm vom Blasenwundrande von innen in die Muscularis wieder ein, führt die Nadel hier ebenfalls durch die Muscularisdicke weiter und sticht auch hier aus; man sticht nun die Nadel von innen in einem Nebenabstande von 5 mm aufs Neue in die Muskellappenbasis ein, führt die Nadel durch die Basisdicke weiter und sticht dann auch hier aus. Die Schlinge wird nun angezogen und auf der Außenseite der Muskellappenbasis geknotet. Und so weiter wird mit dem gleichen unabgeschnittenen Faden eine fortlaufende Naht angelegt, welche den Muscelariswundrand der einen Seite an der angefrischten Basis des Muskellappens der anderen Seite bis zum oberen Winkel befestigt. Hauptsache ist es dabei, die beiden Blasenwundwinkel genau zu schließen. Zu diesem Zwecke muss die erste Schlinge dieser Naht zunächst die etwas unterhalb des unteren Wundwinkels gelegene Muscularispartie erfassen und dort geknotet werden, damit der Wundwinkel unter dem Muskellappen zu liegen kommt. Beim oberen Wundwinkel wird die etwas oberhalb desselben gelegene Muscularispartie bei Beendigung dieser Naht gefasst und geknotet.

c. Schließlich wird der Muskellappen wie eine Art Deckel über diese Nahtreihe gelegt und an der Blasenwandpartie, auf welcher derselbe ruht, fixirt. Man fängt im unteren Winkel an, sticht die Nadel in die Blasenwandmuscularis nach Art der Lembert'schen Darmnaht ein und aus, sticht dann in den Muskellappenrand in einiger Entfernung von demselben von innen ein, führt die Nadel durch seine Dicke weiter und sticht aus, und die erste Schlinge wird geknotet. Und so weiter wird eine fortlaufende Naht gemacht, die den Muskellappenrand mit der angrenzenden Blasenwandpartie vereinigt. Auf diese Weise kommt die blutende Fläche des Muskellappens mit der Blasenwand in innigste Berührung und bedeckt die letzterwähnte Nahtreihe (Muscularis-Muscularis) und vor Allem die beiden Blasenwundwinkel vollständig. Wir drainiren also oder fixiren die Blase an der Abdominalwand nicht. Endlich Schluss der Abdominalwunde mit der Prof. Jonnesco'schen Naht, Occlusivverband

[2] Albarran, Tumeurs de la vessie. p. 351.



und gleich darauf Blasenausspülung mit Borsäure (4%) oder Arg. nitr. 1 : 1000.

Nachbehandlung. 7—8tägiges permanentes Katheterisiren (mit Pezzer) oder täglich 3maliges Katheterisiren (mit Nélaton), oder am häufigsten lassen wir die Kranken von Anfang an spontan[3] die Blase entleeren. Bei normalem Verlaufe erster Verbandwechsel am 8. Tage, der zweite am 10. Tage; die Kranken können das Bett nach dem 12. Tage verlassen und weggehen.

Unser Cystorrhaphieverfahren wurde nun in folgenden Fällen größtentheils von Herrn Prof. Dr. Jonnesco, dann von dem Verf. und den Herren DDr. Frumuschanu, Juvara und Racoviceanu ausgeführt.

Fälle I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI und XII[4]. Es waren Leute nach der Reihenfolge im Alter von 15, 8, 24, 14, 4, 23, 20, 23, 17, 8, 34 und 48 Jahre. Aufnahme im Zeitraume vom 7. Februar 1898 bis zum 27. Juni 1900. Calculus vesicalis. Cystotomia suprapubica. Entfernung des Steines resp. der Steine. Sutura vesicalis totalis (3 bis 4 bis 5 cm) nach unserer Methode. Schluss der Abdominalwunde und Verband.

Die Erfolge waren nun folgende:

	Nachbehandlung	Spontanes Uriniren	Reunio per primam
Bei den Kranken I, V, VIII u. XI	kein Katheter	von Anfang an	am 9., 9., 12., 8. Tage
Bei den Kranken III, IV, VI u. VII	Verweilkatheter	vom 9. Tage ab	» 14., 12., 9., 9. »
Bei den Kranken IX und X	Zeitweiliges Katheterisiren	» 7. » »	» 7. und 11. »
Beim Kranken XII	dto.	» 4. » »	» 9. Tage.

Die einzig und allein bei dem 8jährigen Knaben II am 4. Tage aufgetretene leichte Urininfiltration kann man gar nicht dem Verfahren an sich, sondern der nicht sorgfältig genug angelegten Blasennaht zur Last legen. Indessen hatte sich schon der größte Theil seiner Blasenwunde bis auf eine kleine im unteren Wundwinkel gelegene Fistel vereinigt, welche dann durch Entfernung 1—2 abdominaler Silberfäden, Drainirung des unteren Wundwinkels durch Jodoformgaze und Anwendung des Dauerkatheters in 20 Tagen sich schloss.

Wir hatten also 11 rasche Heilungen! Wer nun unser leicht ausführbares Cystorrhaphieverfahren anwendet, wird die gleichen

---

[3] Die Veranlassung gaben uns die Hundeversuche, bei welchen kein Verweilkatheter und kein zeitweiliges Katheterisiren gebraucht wurde.

[4] Bezüglich der Details verweisen wir auf die in der Revista de chirurgie 1901 No. 3 erschienene Originalarbeit.

besten Resultate und die Überzeugung gewinnen, dass es der Drainirung, der Lithotripsie etc. weit überlegen ist.

Die Etagennaht hat zwar auch gute Resultate aufgewiesen, allein unsere Cystorrhaphie bietet zweifelsohne die meisten Garantien; denn sie giebt eine festere Naht ab, bringt den Parallelismus zwischen den einzelnen angenähten Schichten der Blasenwundränder zum Verschwinden und setzt dadurch einer event. Urininfiltration einen viel größeren Widerstand entgegen. Wir sind also im Stande, das permanente oder zeitweilige Katheterisiren ganz zu unterlassen, indem wir den Kranken ohne Sorge das selbständige Uriniren von Anfang an gestatten.

Und so ist denn der Wunsch nach einer idealen Sectio alta, d. h. nach einer solchen, welche man mit einer besonderen und methodischen Blasennaht sofort und erfolgreich beendigen könnte, durch unsere Cystorrhaphie per Imbrikation in Erfüllung gegangen.

---

1) **C. Bayer** (Prag). Die Chirurgie in der Landpraxis. 3. Auflage.

Berlin, **Fischer**'sche Buchhandlung 1901.

Die Vorzüge, welche wir dem Büchlein bei seinem ersten Erscheinen im Jahre 1892 nachrühmen konnten, haben ihm zu einer freundlichen Aufnahme in den ärztlichen Kreisen verholfen, für die es bestimmt war. Es liegt jetzt schon die 3. Auflage vor, welche durch Änderungen und mannigfache wesentliche Zusätze, so z. B. von Kapiteln über Epityphlitis, über »Impermeabilitas« intestini, Kolotomie u. a. m., erweitert ist und eine erheblich größere Zahl von Abbildungen bietet. Dadurch wird das kleine Buch sich gewiss viele neue Freunde erwerben und diesen in schwierigen Lagen ein zuverlässiger Wegweiser und Rathgeber werden. Wünschenswerth erscheint für die nächste Auflage die Aufnahme einiger Abschnitte über Verletzungen der Brust- und besonders der Bauchorgane.

Kramer (Glogau).

2) **R. Stechi** e **A. Gardini.** Chirurgia operatoria.

Mailand, **Hoepli,** 1901. 321 kleine Oktavseiten mit 118 Fig. im Texte.

Wenn auf so engem Raume, wie hier, solch ausgedehnte Gebiete des medicinischen Wissens, wie es die chirurgische Operationslehre darstellt, abgehandelt werden sollen, so geschieht dies leicht auf Kosten einer gewissen Gründlichkeit. Dieser Gefahr sind die Verff. denn auch nicht entgangen. Vieles ist bei aller Kürze klar und treffend dargestellt; andererseits vermisste Ref. manches Wichtige. So ist Asepsis recht stiefmütterlich behandelt, bei den Narkosen ist weder die Bier'sche noch die Oberst'sche erwähnt, und die Schleich'sche ist nur kurz gestreift. Ferner ist der Gastrostomie nach Witzel keiner Erwähnung gethan; überhaupt ist die Bauchchirurgie recht kurz und lückenhaft wiedergegeben etc. Der Deutsche

wird also kaum nach diesem Büchlein greifen, da ihm bereits eben so kurz gefasste, wie vorzügliche Operationslehren in der Muttersprache zur Verfügung stehen. **A. Most** (Breslau).

---

3) **F. Hofmeister** (Tübingen). Verbandtechnik. Mit 107 Abbildungen im Texte.

Tübingen, **H. Laupp'sche** Buchhandlung 1901. 106 S.

Dieses handliche Büchlein wurde in erster Linie für den Studirenden geschrieben und soll den Unterricht im Verbandkurs durch Wort und Bild ergänzen, auch selbständige Übung im Verbinden ermöglichen. Alle wichtigen und bewährten Verbände sind kurz besprochen und durch gut gelungene Bilder, welche nach der Natur durch einen Maler gezeichnet sind, dargestellt. H. hat die Tourenfolge bei den Verbänden mit Zahlen und Pfeilen bezeichnet, so dass allein aus der Abbildung die richtige Ausführung des Verbandes zu ersehen ist. Den bereits bekannten Verbandlehren reiht sich das Schriftchen würdig an. **Neck** (Chemnitz).

---

4) **P. H. van Eden** (Leunwarden). Verbandlehre. Mit 225 Abbildungen. Mit einem Vorworte von Prof. Dr. A. Narath in Utrecht.

Jena, **Gustav Fischer,** 1901. 195 S.

Das vorliegende Buch ist ursprünglich in holländischer Sprache geschrieben und jetzt auch ins Deutsche übersetzt worden. Dasselbe hat in Holland rasch Verbreitung und großen Beifall gefunden, wie aus den Vorworte von Prof. Narath hervorgeht.

Durch zahlreiche nach photographischen Aufnahmen reproducirte, meist gut gelungene Bilder werden alle wichtigen, aber auch weniger bekannten Verbände in klarer Form so zur Darstellung gebracht, wie sie in Wirklichkeit sind. Überall ist den Abbildungen eine kurze übersichtliche Beschreibung beigefügt. **Neck** (Chemnitz).

---

5) **Nehrkorn.** Multiplicität primärer maligner Tumoren. (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

N. bespricht in der Abhandlung 3 Kombinationen multipler primärer bösartiger Geschwülste, die von Carcinom mit Carcinom, von Sarkom mit Sarkom und von Carcinom mit Sarkom, und zwar für jede Gruppe zunächst das Vorkommen am selben Organe, am gleichen Organsysteme und an verschiedenen Organen. Eingehend werden die Schwierigkeiten der Diagnose auf primäre Multiplicität und der Feststellung der Ätiologie — direkte Überimpfung oder Verschleppung von Geschwulstkeimen auf dem Lymphwege, Multiplicität gleichartiger chronischer Reize, oder primärer Geschwulst-

anlagen — gewürdigt und schließlich zugestanden, dass nur für specielle Fälle multipler Carcinombildung in ätiologischer Beziehung positive Ergebnisse errungen sind, was Angesichts des über dem Wesen der Krebsnoxe noch immer liegenden Dunkels nicht zu verwundern ist. Dass im Übrigen multiple primäre bösartige Geschwülste — wenn auch im Verhältnis zu der außerordentlichen Häufigkeit derartiger Neubildungen überhaupt sehr selten — öfters vorkommen, beweisen die Beobachtungen der Heidelberger chirurgischen Klinik aus den letzten Jahren. So wurden dort auf 100 Fälle von einfachen ca. 4 multiple Epitheliome der Haut, ferner in 5% doppelseitige bösartige Primärerkrankung der Brustdrüsen, in 30% beiderseitige bösartige Eierstocksgeschwülste gesehen. Ferner wird ein Fall von Mammacarcinom und bösartigem Uterusadenom, einer von Zottenkrebs der Blase und Plattenzellenkrebs am After, einer von Brustkrebs und Sarkom der Scheide, von Scirrhus der einen Mamma und Angiosarkom der anderen und schließlich einer von Melanosarcoma recti und Drüsencarcinom des Uterus mitgetheilt.

Kramer (Glogau)

---

6) **A. V. Moschowitz.** Tetanus.

(Annals of surgery 1900. August—Oktober.)

M. hat sich der Mühe unterzogen, alle mit Antitoxin behandelten Tetanusfälle der Gesammtlitteratur, so weit sie ihm zugänglich war, zusammenzustellen und zu analysiren. Aus der eingehenden Arbeit sei hier nur das Résumé hervorgehoben und ein paar Zahlen über die Werthigkeit der einzelnen Antitoxine:

Alle Formen des Tetanus werden durch den Bacillus Nicolaier verursacht. Von einem rheumatischen oder idiopathischen soll füglich nicht mehr gesprochen werden.

Die Tetanustoxine haben offenbar eine außerordentliche Affinität für das Vorderhorn des Rückenmarkes. Die Nissl'sche Färbemethode giebt hierüber Aufschluss.

Die Cerebrospinalflüssigkeit des Tetanuskranken ist toxischer als sein Blut.

Die Antitoxintherapie hat anscheinend einen außerordentlich günstigen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung.

Seit der Einführung der Antitoxinbehandlung ist die Mortalität von ca. 90% auf 40% gesunken. Obgleich nun die Anwendung des Serums der mächtigste Faktor in der Tetanusbehandlung ist, so soll man doch die anderen anerkannten therapeutischen Maßnahmen nicht vernachlässigen.

In 290 Fällen wurde das Antitoxin subkutan, in 48 dagegen intracerebral gegeben; bei ersteren betrug die Sterblichkeit 40,3%, bei letzteren 52,1%.

Das Verhältnis der Häufigkeit der Anwendung der einzelnen Sera und ihre Wirksamkeit stellt sich bei den 338 citirten Fällen wie folgt: Tizzoni 76 Fälle, 53 Heilung: 23 Tod; Behring 61 Fälle,

36 : 26; Institute Pasteur 39 Fälle, 25 : 14; British Institute of preventive medicine antitoxin 28 Fälle, 16 : 12; Roux 27 Fälle, 9 : 18; Tavel 11 Fälle, 8 : 3; Parke, Davis and Co. 10 Fälle, 8 : 2; New York board of health antitoxin 8 Fälle, 2 : 6; Massachusetts state board antitoxin 4 Fälle, 2 : 2; Bernese 3 Fälle, 1 : 2; Remeroff und Fedoroff 2 Fälle, 1 : 1; Gibier 2 Fälle, 1 : 1; Bujwid 2 Fälle, 0 : 2; Preisz 1 Fall, 1 : 0; Boer 1 Fall, 0 : 1; in 63 Fällen, mit Serum unbekannter Herkunft behandelt, 32 : 31.

Die berücksichtigte Litteratur umfasst 337 Nummern.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

7) **A. Bier.** Die Transfusion von Blut, insbesondere von fremdartigem Blut, und ihre Verwendbarkeit zu Heilzwecken von neuen Gesichtspunkten betrachtet.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Die nach der Transfusion fremdartigen Thierblutes auftretenden Erscheinungen fasst B. als eine Art »aseptischer Infektionskrankheit« auf und hält es für möglich, dass sich dieselben, das Transfusionsfieber, die Anregung des Stoffwechsels und Appetits und besonders die vorübergehenden, auf kapillarer Stauung beruhenden Hyperämien mit nachfolgender, länger dauernder seröser Durchtränkung innerer Organe und der Haut, zu Heilzwecken gebrauchen ließen. Die Versuche, die er zu diesem Zwecke unter Anwendung einer einfachen Technik angestellt hat, haben ihm schon jetzt gezeigt, dass es mit wiederholten, langsam ausgeführten Einspritzungen kleiner (bis 25 ccm) Mengen frischen defibrinirten Blutes von gesunden Hammeln in eine Hautvene der Ellenbeuge gelinge, bis zu einem gewissen Grade den Menschen an fremdes Blut zu gewöhnen. Unter den 11 Fällen von schwerster Tuberkulose der verschiedensten Organe, in denen solche Bluteinspritzungen vorgenommen wurden, wird ein Fall in Bezug auf die den Injektionen von bald kleineren, bald größeren Dosen gefolgten Erscheinungen ausführlich geschildert. Der Fall zeigt deutlich die zunehmenden hämolytischen Eigenschaften des Blutes beim Empfänger. Trotz der Schwere der nach einzelnen Bluteinspritzungen aufgetretenen Reaktion — Athemnoth, Husten, starke Röthe und Hitze im Gesichte, Urticaria, Schmerzen im Leibe und Rücken, Erbrechen, Stuhldrang, Diarrhöen, Durstgefühl, Schüttelfrost und Fieber etc., zuweilen Albuminurie und Schwellung der Milz — glaubt B. doch den Kranken nicht nur nicht geschadet, sondern sogar sehr wesentlich genützt zu haben; stark eiternde Fisteln und Geschwüre sonderten schließlich nur noch wenig ab, tuberkulöse Hodenschwellungen und Lupusstellen zeigten auffallende Rückbildung, der Appetit steigerte sich rasch, und damit nahm auch das Körpergewicht zu.

Über die bei inoperablen bösartigen Geschwülsten erzielten »bemerkenswerthen« Wirkungen will B. später berichten.

Kramer (Glogau).

---

8) **H. Dörfler** (Regensburg). Blutvergiftung und Amputation.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 17 u. 18.)

D. gelangt auf Grund eigener Erfahrungen bezüglich der Behandlung schwerster Fälle von septischer, progredienter Phlegmone — ca. 90% Heilungen durch ausgedehnte Incisionen — zu folgenden Schlüssen:

1) Es giebt keine lokale Sepsis ohne sofortige Betheiligung des ganzen Organismus.

2) Die Amputation bei Blutvergiftung (progredienter septischer Phlegmone, malignem Ödem, foudroyanter Gangrän) ist vollständig zu verwerfen.

3) Amputirt darf nur werden, was der Gangrän verfallen ist und sich demarkirt hat.

4) Die Lehre von der Zulässigkeit der Amputation bei progredienter Phlegmone etc. ist aus den klinischen Lehrbüchern der Chirurgie zu streichen.

Kramer (Glogau).

---

9) **M. Doléris.** Analgésie par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire.

(Compt. rend. de la soc. d'obstétr., de gynécologie et de paediatrie de Paris, 1900. December, p. 328.)

Bei 15 gynäkologischen Eingriffen verschiedener Art zeigte sich, dass nach Einspritzen von 0,01—0,02 g Cocain völlige Analgesie bei den Operationen bestand.

In 2 Fällen waren trotz Einspritzung Schmerzen vorhanden. 1mal handelte es sich um die Entfernung einer großen Pyosalpinx mit ausgedehnten Verwachsungen; dabei war Zug am Netze und den Darmschlingen schmerzhaft. Im 2. Falle wurde die Alexander-Adams'sche Operation ausgeführt. Dabei verursachte das Hervorziehen der runden Bänder lebhafte Schmerzen. Zur Verhütung des den Einspritzungen nachfolgenden Erbrechens empfiehlt D. subkutane Einspritzung von 0,002—0,004 g Hyoscin.

Neck (Chemnitz).

---

10) **W. Zydłowicz.** Zur Behandlung des Ulcus molle nach Andry.

(Gazeta lekarska 1900. No. 52.)

Verf. empfiehlt auf Grund eigener Erfahrung sehr warm das von Andry und Kroesing empfohlene Verfahren, welches sich ihm in folgender Modifikation am zweckmäßigsten erwiesen hat: Unter den Geschwürsrand wird Behufs Anästhesirung 2%ige Cocainlösung injicirt, hierauf das Geschwür exkochleirt. Nach Stillung der Blutung durch Tamponade und Bedeckung der Umgebung des Geschwüres mit Billroth's Battist zum Schutze vor der Hitze wird ein zur Rothgluth erhitzter Platinbrenner 1 Minute lang in einer Entfernung von 3—4 mm vom Geschwüre gehalten. Gewöhnlich genügt eine einmalige Kauterisation. Als besonderen Vortheil des Verfahrens

hebt Verf. den Umstand hervor, dass es nie zu Vereiterung der Leistendrüsen kommt. **Trzebicky** (Krakau).

11) **E. Borzecki.** Syphilis d'emblée.

(Nowiny lekarskie 1900. No. 19 u. 20.)

Auf Grund eigener Erfahrung und eines genauen Studiums der Litteratur behauptet Verf., dass sicher konstatirteFälle von Syphilis d'emblée (Syphilis ohne Primäraffekt) vorkommen und sich in ihrem weiteren Verlaufe durch nichts von den gewöhnlichen Fällen unterscheiden. **Trzebicky** (Krakau).

12) **Melis.** Des injections intramusculaires d'huile au bijodure de mercure dans les accidents syphilitiques et les tuberculoses locales, ainsi que dans certaines affections cutanées.

(Arch. méd. Belges 1901. Januar.)

M. hat eine große Reihe von Versuchen angestellt, um die lästige Schmierkur und die Behandlung der Syphilis vom Magen aus durch intramuskuläre Injektionen vom Quecksilberverbindungen bei sekundären und tertiären Formen der Syphilis zu ersetzen. Er fand, dass das Hydrarg. bijodat. in Verbindung mit Öl 0,4 : 100 die besten Resultate liefere. Eine Pravaz'sche Spritze enthält somit 0,004 Hg bijod. M. macht täglich 2 Einspritzungen in die Lenden- oder Glutäalmuskeln und setzt dies einige Wochen fort. Er konnte jedoch auch die 3—4fache Dosis nehmen und die Einspritzung an 2 Tagen der Woche vornehmen. Die Resultate waren günstige. — Auch bei kalten tuberkulösen Abscessen und hartnäckigem Ekzem hatte er mit dem Mittel gute Erfolge. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

13) **S. Jessner.** Kompendium der Hautkrankheiten einschließlich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. 2. Aufl.

Königsberg, **Thomas & Oppermann,** 1900.

Das vorliegende Kompendium ist für Studierende und Ärzte geschrieben und wird sicher seinen Zweck erfüllen. Es behandelt die speciellen Krankheiten nach einem vom Verf. selbst aufgestellten, auf pathologisch-anatomischer (Hebra'scher) Grundlage aufgebauten System. Die knappe, klare Darstellung bringt alles Wesentliche und berücksichtigt wesentlich neuere und neueste Forschungen. Dass die Syphilis und Kosmetik in den Kreis der Darstellung mit einbezogen sind, so wie dass eine reiche Anzahl (166) von Recepten beigegeben sind, halten wir für einen Vortheil. Um so lieber wird es der Praktiker nachlesen. **V. Klingmüller** (Breslau).

14) **N. S. Keirle.** The treatment of erysipelas.

(Philadelphia med. journ. 1901. Februar 16.)

Verf. empfiehlt folgende kombinirte Behandlung des Erysipels, mit der er alle seine Fälle innerhalb 3—4 Tagen geheilt hat: 4 bis

5 cm vom Rande des Erysipels entfernt wird ein breiter Ring mit Jodtinktur gezogen, das Erysipel selbst aber mit Ichthyolsalbe bedeckt; über das Ganze kommt heißer Umschlag, der 4stündlich gewechselt wird. Nach 12 Stunden wird gegebenen Falles Jodtinktur und Ichthyol nochmals erneuert.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

---

15) **Pignot.** Étude clinique des neignes. Hygiène publique et prophylaxie des teignes tondantes en 1900 à Paris et dans sa banlieue.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich eingehend mit der Hygiene und Prophylaxe der Pilzkrankheiten des behaarten Kopfes in Paris. Die ungeheuer hohe Ziffer der davon betroffenen Schulkinder — schätzungsweise sind es etwa 10000 — und die rasche Zunahme in den letzten 14 Jahren — 1886 wurden etwa nur 3000 gezählt — veranlassen den Verf., die bisher dagegen angewandten Schutzmaßregeln als ungenügend anzusehen. Die kranken Kinder wurden bisher in der École Lailler, so weit Platz vorhanden, untergebracht. Diese reicht aber bei der hohen Erkrankungsziffer nicht aus, und es ist somit dauernd Gelegenheit, dass sich die überaus ansteckende Krankheit in den Schulen weiter verbreitet. Verf. warnt davor, diese Angelegenheit weiter zu vernachlässigen, und schlägt vor, mehr und besser geschulte Schulärzte zu ernennen, die sämmtliche Schulen zu revidiren haben, und zweitens neue Schulen für pilzkranke Kinder auf dem Lande einzurichten.

Dem eigentlichen Thema ist eine kurze Beschreibung der in Betracht kommenden Krankheiten des behaarten Kopfes vorausgeschickt: Alopecia areata, Favus, Gruby'sche Krankheit, Trichophytie.

Bekanntlich ist die Trichophytie des behaarten Kopfes in Deutschland eine außerordentlich seltene Krankheit.

W. Klingmüller (Breslau).

---

16) **Bodin.** Sur les trichophyties de la barbe.

(Annal. de dermatol. et syphil. 1900.)

An der Hand von 5 Fällen, die Verf. mikroskopisch und bakteriologisch genau untersuchte, tritt er der Behauptung Sabourand's entgegen, dass der Pilz der Bartflechte thierischen Ursprungs sei. Des Verf.'s Untersuchungen ergaben, dass der von ihm gefundene Pilz identisch war mit dem der Trichophytie der Kinder, also eine Endothrixform. Eben so war das klinische Bild das gleiche, oberflächliche, circinäre, schuppende, wenig juckende Flechte. Immerhin giebt Verf. zu, dass Sabourand's Ansicht im Allgemeinen richtig sei.

W. Klingmüller (Breslau).

---

17) **Ehlers.** La sclérodermie-sclérodactylie serait-elle une manifestation de la tuberculose?

(Ann. de la dermatol. et de syphil. 1900. Hft. 12.)

E. bespricht einen Fall von mutilirender Sklerodaktylie mit Sklerodermie des Gesichtes. Auffallend ist in der Krankengeschichte die hereditäre Belastung mit Tuberkulose: 2 Brüder und eine Schwester sind an Lungentuberkulose gestorben, eine Schwester an Lupus vulgaris und Scrofuloderma. Pat. selbst leidet seit etwa 18—20 Jahren an Panaritien, die allmählich zum Verluste dreier Zehen und eines Fingers führten. E. hält einen Zusammenhang mit Tuberkulose für möglich, da ein gleichzeitiges Vorkommen von Tuberkulose und Sklerodermie öfter beobachtet ist (Gamberini, Hallopeau).

V. Klingmüller (Breslau).

---

18) **F. Schlagintweit.** Das Phänomen der schwimmenden Tropfen. (Les gouttes flottantes.)

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1901.)

Bei einem 54jährigen an chronischer, gonorrhoischer Prostatitis leidenden Manne ergab die Massage der Prostata zweierlei Sekret, je nachdem der untere oder der obere Theil der Drüse massirt wurde. Das Sekret aus dem unteren Theile zertheilte sich, wenn ein mit Wasser gefülltes Glas vor die Harnröhrenöffnung gehalten wurde, sofort im Wasser, dasjenige aus dem oberen Theile bildete hingegen zähe, an der Oberfläche des Wassers hängende Tropfen, die eine Menge bewegungsloser Spermatozoen enthielten und desshalb aus den Samenblasen stammen mussten. So wie ein Tropfen Sekret aus dem unteren Theile der Prostata zugesetzt wurde, bewegten sich die Spermatozoen aufs lebhafteste. Verf. glaubt, dass es oft gelinge, makroskopisch das Sekret der Prostata vom Inhalte der Samenblase zu trennen, und dass viele Befunde von todten Spermatozoen sich als solche erklären, bei denen eine Beimischung von Prostatasekret fehlt.

F. Brunner (Zürich).

---

19) **J. B. Bissel.** The relief of prostatic enlargment.

(New York med. record 1900. November 10).

20) **L. B. Bangs.** A contribution to the Bottini operation for the radical relief of prostatic obstruction.

(Ibid. 1901. März 9).

21) **J. R. Haydem.** Conservatism in the diagnosis and treatment of prostatic hypertrophy.

(Ibid. 1901. März 23).

Bissell bespricht in einem eingehenden Vortrage, wie die genauere Kenntnis der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Prostata, der weitere Gebrauch der lokalen Anaesthetica und das Cystoskop die Indikationen für die Therapie exakter gestaltet haben.

Die beiden Wege — künstliche Entnahme des Urins oder Entfernung des obstruirenden Theiles — werden besprochen. Die Bottini'sche Operation erscheine wegen der Gefahr der Sepsis nach der unchirurgischen Procedur im Dunkel nicht zu entschuldigen. Dagegen wird von den Methoden der Prostatektomie besonders die laterale perineale Methode vorgezogen und als die rationellste und sachlichste Form der Behandlung in geeigneten Fällen genauer beschrieben.

Dagegen hat Bangs 34 Bottini-Patienten, von denen die Hälfte ein absolutes Katheterleben führten. Von dieser Hälfte wurden 80% geheilt! Ein Operirter starb 24 Stunden später an Sepsis in Folge Durchbrennens der Harnröhre. Ein zweiter ging 25 Tage später an Herzbeschwerden, die sich am 5ten Tage entwickelten, ein. Ein dritter nach 22 Tagen, schon entlassen, an alter Nephritis. Es wird konstatirt, das vor dem Eingriffe eine Allgemeinuntersuchung vorzunehmen sei, und genau überlegt werde, ob für eine so schwere Operation auch abgesehen von dem Zustande der Harnorgane eine Berechtigung vorliege. Die sonstigen guten und trüben Erfahrungen des Verf. bestätigen die Publikationen anderer Autoren.

Dass eine drohende Gefahr gegenwärtig in dem Bestreben liege, alle Prostatiker sofort zu operiren, ohne auch nur den Versuch eines genügend individualisirten palliativen Verfahrens eingeschlagen zu haben, findet H. Weder die Symptome noch der Allgemeinzustand erlaubten nach manchen Krankengeschichten in den neuereu Publikationen oft solche heroischen Methoden. Unter den Grundzügen der konservativen Behandlung, welche des weiteren ausgeführt werden, sind als sehr wirksam bei schmerzhaften und entzündlichen Symptomen heiße Salzwasserirrigationen des Mastdarmes registrirt.

Loewenhardt (Breslau).

---

22) **Posner.** Die Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Therapie der Gegenwart 1901. März.)

Aus der Arbeit P.'s wird interessiren die schroffe Zurückweisung der »sexuellen Operation«, und die warme Empfehlung der »geistvollen Modifikationen der urethralen Prostatomie«, des Verfahrens von Bottini, und seiner Ausführung mittels des Freudenberg'schen Apparates, bei Verwendung der Cystoskopie.

Die Ergebnisse Freudenberg's, über welche dieser auf dem Kongresse in Paris berichtete, werden angeführt; sie dürften bekannt sein.

Gross (Jena).

---

23) **O. Pasteau.** Étude sur les calculs de la prostate.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1901. April 19.)

Auf Grund der bisher vorliegenden wenigen Beobachtungen sucht Verf. ein Bild von der pathologischen Anatomie und Pathogenese der sehr seltenen Prostatasteine zu geben. Nach Guyon muss man 2 Hauptarten von Prostatasteinen unterscheiden: 1) Steine, die sich in dem mehr oder weniger ausgedehnten prostatischen

Theile der Harnröhre befinden; 2) Steine, die im prostatischen Gewebe selbst liegen, mehr oder weniger weit entfernt von der Harnröhre, in Höhlungen, die entweder mit der Harnröhre kommuniciren oder nicht. Die Steine der erstgenannten Kategorie können nicht als wahre Prostatasteine angesehen werden; es sind Harnröhrensteine, die entweder im Bereiche der Pars prostatica festgehalten worden sind oder sich daselbst entwickelt haben. Diese Konkremente sitzen entweder unterhalb des Blasentheiles nur im prostatischen Theile der Harnröhre und können hier bedeutende Ausbuchtungen derselben hervorrufen, oder sie setzen sich bis in die Blase fort, so dass eigenthümlich geformte, sanduhrförmige oder birnenförmige Konkremente entstehen. Selten erstreckt sich ein Konkrement von der Pars prostatica bis in die Pars membranacea oder gar selbst bis in die Pars bulbosa.

Die wahren Prostatasteine, die in mit der Harnröhre kommunicirenden Gewebshöhlen sitzen, sind meist sehr klein; in der Mehrzahl der Fälle kann man die Ausbuchtungen wohl als Harnröhrendivertikel ansehen.

Die in vollkommen abgeschlossenen Höhlen des Prostatagewebes sitzenden Konkremente sind noch am wenigsten bekannt; sie sind im eigentlichen Sinne des Wortes wahre Prostatasteine. Sie treten ein- oder mehrfach auf, haben meist eine abgerundete, regelmäßige Form und eine braune oder schwarze Färbung; ihr Volumen ist meist nicht beträchtlich, doch sind auch schon hühnereigroße Konkremente beobachtet worden. Die falschen Prostatasteine können aus Harnsäure oder Phosphaten oder aus beiden gemischt bestehen. Die wahren intraglandulären Prostatasteine und auch manche Divertikelsteine bestehen entweder aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk und Magnesia oder Albuminoidstoffen mit geringem Phosphatdépôt. Das Prostatagewebe befindet sich entweder im Zustande der einfachen Hypertrophie oder es zeigt die Reste von vorausgegangener Prostataeiterung oder mehrfache Knotenbildung.

Die falschen Prostatasteine stammen aus den oberen Harnwegen; die wahren Prostatasteine sind eine autochthone Bildung, hervorgerufen durch eine infektiöse Entzündung des Drüsengewebes.

Paul Wagner (Leipzig).

---

24) W. R. Pryor. An improved method of examining the female bladder admitting intravesical operations and treatment of the ureters.

(New York med. record 1901. März 2.)

Das Cystoskop von P. besteht aus Röhren verschiedenen Kalibers mit Obturatoren. Die Lampe wird durch eine dünnere Röhre an der Seite genannter Specula befestigt und über das vesicale Ende hinausgeführt, so dass die Lichtstrahlen nicht direkt in das Endoskop selbst fallen. Die Figur zeigt den Apparat ohne Obturator.

Die Position der Pat. ist nicht die Knie-Brustlage wie bei Kelly, sondern mediane Steinschnittlage. Diese Position wird bevorzugt, weil die Harnleitermündungen sich besser präsentiren sollen; denn der Blasengrund wird gestreckt beim Zurücksinken des Uterus. Die Besichtigung geschieht unter Lufteintritt, resp. Füllung.

Wer die Harnleiter mit einem der neueren mit Nitze's optischer Einrichtung versehenen Harnleitercystoskope (Nitze, Albarran, Casper, Kollmann, Schliefka) sondirt, wird nach solchen Versuchen direkter Inspektion kein Verlangen mehr tragen.

Loewenhardt (Breslau).

---

25) **Mann.** The kidneys and their relation to operations.

(Buffalo med. journ. 1901. März.)

Verf. beobachtete 5 Todesfälle nach Äthernarkose, zum Theil in Folge von Niereninsufficienz und vollkommener Suppressio urinae. In der Hälfte sämmtlicher Fälle traten nach Äthernarkose Cylinder und Eiweiß im Urin auf, welche 4—10 Tage lang nachweisbar waren. Bei Verdacht auf Nierenerkrankung lässt Verf. eine längere Behandlung derselben mit Heißluft- und Wasserbädern so wie Alkalien der Operation vorausgehen.

Mohr (Bielefeld).

---

26) **R. T. Morris.** A method of fixation for loose kidneys.

(New York med. record 1901. Februar 23.)

M. hält die Nephropexie nur für berechtigt bei schwer wiegenden Symptomen und Nutzlosigkeit jeder anderen Behandlung. Er macht auf die Abhängigkeit muköser oder membranöser Colitis und auf die Reflexstörungen besonders aufmerksam, so wie auf die von Edebols beschriebene Kongestion von Blinddarm und Wurmfortsatz durch Druck der Wanderniere auf die Vena mesenterica superior.

Seit 2 Jahren löst Verf. einen Lappen aus der Capsula fibrosa an 3 Seiten los und zieht ihn durch einen Schlitz des Musculus psoas oder quadratus, wo er festgenäht wird. Das anliegende freigelegte Parenchym verwächst fest mit der Muskelfascie. Durch das Parenchym selbst brauchen keine Nadeln gelegt zu werden wie bei Edebols. Die Senn'sche Methode vermeidet das auch, die Heilung dauere aber zu lange (Entfernung der Fettkapsel, Skarificirung der fibrösen Kapsel, Granulationsheilung durch Jodoformtamponade). Die Entfernung eines Theiles der fibrösen Kapseln stamme eigentlich von Guyon.

Loewenhardt (Breslau).

---

27) **F. Parona.** A proposito della cura operatoria del varicocele.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1901. No. 30.)

P. vertheidigt seine Methode der Varicoceleoperation gegenüber den auf den Experimenten Alessandri's fußenden Einwürfen Benassi's. Er weist auf die analogen Verfahren von Jaboulay, Doyen und Volkmann bei der Operation der Hydrocele hin, denen der Vorwurf konsekutiver Hodenatrophie nicht gemacht werde. Zu-

dem hat P. den von ihm operirten 26 Fällen niemals eine Atrophie des Hodens folgen sehen, sowohl die Funktion wie Volumen und Sensibilität des Organs blieben unbeeinflusst. Dagegen hat die Varicocele nicht selten eine Atrophie des Hodens zur Folge. P. kombinirt sein Verfahren neuerdings mit einer Dehnung der Nerven des Samenstranges nach Analogie des Vorgehens von Chipault und Jaboulay bei Varicen der unteren Extremitäten.

Dreyer (Köln a/R.).

Kleinere Mittheilungen.

28) **Gerson** (Berlin). Elastische Pflasterbinden.

(Therapie der Gegenwart 1901. Februar.)

Außer auf eingehenden eigenen basirt G.'s Empfehlung der elastischen (Gummigewebe) Pflasterbinden auf den Versuchen Hoffa's und Brentano's (Berlin).

Die Pflasterbinden — von der Firma Beyersdorf-Hamburg zu beziehen — eignen sich nach G. in der Dermotherapie zu schnellem Einverleiben von Salben und Pflastern, in der Chirurgie zum Ersatze von Kompressivverbänden, als Nabelbruchbinden, zu einfachen Wundverbänden, auch zur Stillung von Blutungen bei Wunden und weiter auch als Konstriktionsbinden, zur Schaffung künstlicher Blutleere besonders dort, wo der Esmarch'sche Schlauch leicht abgleitet, am Schultergelenke, Hüftabschnitte des Oberschenkels etc. **Gross** (Jena).

29) **H. Ernberg.** Beiträge zur Kenntnis der sog. Ganglien.

(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. XI. Abth. 35. [Schwedisch.])

Die Arbeit Verf.s enthält zuerst eine übersichtliche Darstellung der bisher gewöhnlichen Ansichten über die Pathogenese der Ganglien mit besonderer Hervorhebung der Arbeiten Ledderhose's in Deutschland und Gosselin's in Frankreich. Danach beschreibt Verf. in ausführlicher Weise die histologische Untersuchung zweier Fälle, die der folgenden Auseinandersetzung der Pathogenese der Krankheit als Unterlage dienen. Der eine war ein typisches Carpalganglion mit ausgesprochener Stielbildung, von der Prädilektionsstelle der Ganglien zwischen Os naviculare und trapezoides ausgehend. Die Schnitte ergaben Bilder, welche hauptsächlich mit denjenigen Ledderhose's übereinstimmten: ein charakteristisches Bindegewebe von ödematösem Aussehen, in kleine, mit gelatinösen Massen gefüllte Cystchen sich auflösend und nach und nach zu etwas größeren Cysten zusammenfließend. — Im 2. Falle handelte es sich um ein Ganglion, das aus der Gegend der Articulatio fibulo-tibialis superior exstirpirt wurde. Es recidivirte nach 9 Monaten. Die histologische Beschaffenheit war in der Hauptsache die gewöhnliche; der Degenerationsprocess erstreckte sich aber auch in das intermuskuläre Bindegewebe hinein, und die Schnitte zeigten gewisse Ähnlichkeit mit denjenigen der Myxome.

Nach einer kritischen Erörterung der Entwicklungsgeschichte der Ganglien wirft Verf., der sich mit den bisherigen Ansichten nicht völlig einverstanden erklärt, folgende Theorie auf. Es entsteht zuerst eine kleine Hernie der Synovialis des Gelenkes. Dieser Bruch ist kein Ganglion, aber durch die event. Einklemmung, welche seinen Hals treffen kann, bildet sich in der eingeklemmten Partie und rings um dieselbe ein Ödem, von einer, wenigstens partiellen, Nekrose gefolgt, welche den Zutritt der Synovialflüssigkeit zu den veränderten Geweben gestattet. Dies erklärt die charakteristische cystöse Degeneration, deren Anfang das Aussehen eines Ödems hat. Die Einklemmung der Synovialhernie muss die mehr oder weniger vollständige Obturation des Stieles zur Folge haben, zuerst in demjenigen Theile, der dem Gelenke am nächsten liegt. Diese Erklärung wird bestätigt durch die anatomischen Charaktere der Ganglien.

Für einzelne Fälle giebt Verf. die Möglichkeit eines anderen Entwicklungsmodus zu.

Die Arbeit ist mit 2 wohlgelungenen Abbildungen versehen.

Hansson (Cimbrishamn).

30) **J. B. Bissel.** Tetanus following clean operation wounds.

(Philadelphia med. journ. 1901. Februar 16.)

Im St. Vincent Hospital, New York City, ereigneten sich nach aseptischer Operation 2 Tetanusfälle. Als einzige in Frage kommende Berührungspunkte der beiden Fälle konnte allein ausfindig gemacht werden, dass bei beiden Operationen derselbe Narkotiseur in Thätigkeit und dasselbe Katgut verwandt war. Operateur, Operationsraum, Assistenz, Verbandmaterial, Instrumente etc. waren verschieden. Im 1. Falle trat am 14. Tage nach einer Alexander-Adams'schen Operation Tetanus auf, der nach 14 weiteren Tagen tödlich endete. Im anderen Falle setzte der Tetanus nach einer Laparotomie (Uterusfibroid) am 9. Tage ein. Auch bei diesem trotz Antitoxin innerhalb 24 Stunden Tod. Beide Wunden waren primär geheilt. Das Katgut konnte nicht Schuld an der Infektion sein, da es vorher wie auch später ohne jede Störung verwandt wurde.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

31) **Mühlig** (Konstantinopel). Über Wismuthvergiftung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Die Vergiftungserscheinungen (Stomatitis) traten in den 2 mitgetheilten Fällen von Brandverletzung nach äußerer Anwendung des chemisch rein befundenen Bismuthum subnitricum auf und gingen erst nach vollständiger Entfernung des Mittels aus den Wunden mittels Auskratzung derselben zurück.

Kramer (Glogau).

32) **Ch. Achard** und **A. Clerc.** Intoxication par l'acide picrique. Eruption cutanée avec éosinophilie.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 81.)

In einem Falle von Verbrennung der linken Wange mit glühendem Eisen waren Bestreichungen der frischen Brandwunde mit Pikrinsäure angewendet worden. Am Abend desselben Tages noch trat am ganzen Körper ein heftiges Jucken und Anschwellung des Gesichts auf. Am 3. Tage nachher wurde am ganzen Körper, Armen und Beinen ein scharlachförmiger Ausschlag beobachtet; an der Volarfläche der Hände, welche geschwollen und schmerzhaft waren, so wie an den Plantae pedum zahlreiche schmerzhafte Phlyktänen. Keine Temperaturerhöhung. Nach etwa 8 Tagen war das Exanthem abgeblasst; an Händen und Füßen trat Desquamation ein. Die Blutuntersuchung ergab eine beträchtliche Vermehrung der eosinophilen Zellen (bis 15% der weißen Blutkörperchen), welche erst nach Wochen langsam abnahm. Um den Einfluss der Pikrinsäure auf die Eosinophilie zu studiren, injicirten die Verff. zwei Hunden je 0,06 und 0,18 unter die Haut. Nur bei dem letzteren stiegen die eosinophilen Zellen von 4% auf 7%.

Ref. beobachtete kürzlich eine typische Scharlachinfektion, ausgehend von einer kleinen belegten Brandwunde des rechten Vorderarmes. Das über den ganzen Körper verbreitete nicht juckende Exanthem heilte unter lebhafter Desquamation. Es war auf die Brandwunde nur Zinksalbe applicirt worden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

33) **Ch. Achard.** Urticaire abdominale en bandes symétriques et segmentaires.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 99.)

Eine 26jährige Frau, die vor 7 Jahren an einem typischen Herpes zoster der rechten Rumpfseite gelitten hat, erkrankt gegenwärtig, 2 Wochen nach ihrer Ent-



bindung, an einem Urticaria-ähnlichen Ausschlage, welcher doppelseitig und symmetrisch war. Er ist ganz plötzlich unter starkem Juckreize aufgetreten und dehnt sich jederseits gürtelförmig aus, hinten in einer Entfernung von 10 cm von der Wirbelsäule beginnend und vorn 5 cm vom Nabel endigend. Die Höhe dieser Zone betrug durchschnittlich 10 cm. Nach 2 Tagen war die Affektion verschwunden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

34) **Profichet.** Sur une variété de concrétions phosphatiques sous-cutanées (pierres de la peau).

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1900.

Verf. beschreibt nach kritischer Besprechung 7 ähnlicher aus der Litteratur zusammengestellter Fälle einen von ihm selbst beobachteten. Es handelte sich um multiple subkutane Geschwülste, die ulcerirten und nach Abstoßung von Eiter und Steinchen oder kiesgroßen Konkrementen spontan ausheilten. Der Pat. des Verf. starb, weil die Affektion sehr ausgebreitet war, an allgemeiner Schwäche und kam zur Sektion. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste ergab, dass sie aus einer bindegewebigen Wand und Gerüst bestehen, aus lichtbrechenden Körpern, die unregelmäßig darin verstreut sind und manchmal umgeben werden von einkernigen und Riesen-Zellen. Innerhalb der Geschwülste finden sich außerdem cystische Hohlräume von verschiedener Größe, die in frischem Zustande eine weißliche halbflüssige, sahnige Substanz enthalten. Die chemische Untersuchung der Geschwülste wies nach, dass sie hauptsächlich aus phosphorsaurem Kalk bestanden. Kulturen und Thierversuche ergaben negative Resultate. Zwei Hypothesen stehen sich bei der Erklärung dieser Affektion gegenüber: Die einen Autoren nehmen eine Diathese (Diathèse phosphatique), die andern einen parasitären Ursprung (Coccidiose) an. Verf. neigt zu letzterer Ansicht.

V. Klingmüller (Breslau).

35) **H. Kaposi.** Ein Fall von Lymphosarkom mit ausgedehnten, spontan sich rückbildenden Hautmetastasen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Eine 76jährige Frau wurde in die Czerny'sche Klinik wegen eines großen Lymphosarkomes der rechten Gesichtshälfte und zahlreicher Haut-, so wie Drüsenmetastasen aufgenommen. Letztere bildeten sich in der Folge rasch spontan zurück, die Primärgeschwulst wuchs nach vorübergehender Verkleinerung weiter, führte zu Behinderung des Schluckens und Athmens; es entstanden neue Metastasen, schließlich trat der Tod in Folge von Inanition ein. Die Sektion ergab neben der Primärgeschwulst, die anscheinend vom Nasen-Rachenraume ausgegangen war, Metastasen im Brust- und Bauchraume so wie in Drüsen und Haut. — Anschließend bespricht Verf. an der Hand der Litteratur die Hautaffektionen bei malignen Lymphomen und Lymphosarkomen, die Rückbildung solcher Geschwülste, so wie die Differentialdiagnose seines Falles gegenüber der Mycosis fungoides und der Sarkomatosis cutis.

Honsell (Tübingen).

36) **D. A. Blagowestschenski.** Zur Frage von der Sectio alta bei kompleter Narbenstriktur der Harnröhre und Harnfisteln.

(Annalen der russ. Chirurgie 1900. Hft. 6.)

Pat. leidet seit 5 Jahren an Harnröhrenstriktur und Harnfisteln am Damme. Eine Urethrotomia externa half wenig, eine Sonde konnte nicht durch die Striktur durchgeführt werden. Pat. kam zuletzt sehr herunter; am Damme trat partielle Gangrän auf, Nierensymptome erschienen. Nun wurde die Sectio alta gemacht; der Harn entleerte sich durch die Fistel. Die Schwellung am Damm und Hodensack ging zurück, und nach 2 Monaten ließ die Harnröhre schon Spülflüssigkeit aus der Blase durch. Die Kompression der Harnröhre begann also zu schwinden. Nach und nach erweiterte sich die Harnröhre immer mehr, man führte Sonden ein,

machte eine Urethrotomia interna, und 8 Monate nach der Sectio alta verließ Pat. das Krankenhaus vollständig geheilt. 3 Jahre später verrichtet er alle seine gewohnten Arbeiten. **Glückel** (B. Karabulak, Saratow).

37) **R. de la Harpe.** Beiträge zur Kasuistik und Technik der Bottini'schen Operation.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 3.)

Bericht über 29 an 22 Pat. in der Privatklinik von Prof. E. Burkhardt in Basel ausgeführte Bottini'sche Operationen. Es wurde in der letzten Zeit bei mäßig mit Luft gefüllter, cocainisirter Blase operirt, und nur mit hinteren und seitlichen Schnitten. Ein Dauerkatheter wurde nur bei stärkerer Blutung eingelegt. — Komplikationen traten auf: Nachblutung in 4 Fällen, Fieber in 9 Fällen, Verletzungen der Harnröhre durch das verbogene Platinmesser 2mal. Die Resultate waren: 13 Heilungen, 4 Besserungen, 4 Misserfolge, 1 Todesfall in Folge von Sepsis. 4 Pat. wurden 2mal, 1 3mal operirt. **Fr. Brunner** (Zürich).

38) **M. Möller** (Stockholm). Ein Fall von primärer Prostatatuberkulose nach vorangegangenem traumatischen Prostataabscesse.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 3.)

In einem Falle von allgemeiner Miliartuberkulose, bei welchem während des Lebens an den Harnorganen nichts Pathologisches nachgewiesen werden konnte, und speciell der Urin normale Beschaffenheit zeigte, fand sich bei der Autopsie nirgends ein primärer Herd außer einem haselnussgroßen käsigen Knoten in der Mittelpartie der Prostata. Blase, Harnleiter, Hoden und Nebenhoden waren ohne Veränderungen. 2 Jahre vorher war bei dem Pat. ein Abscess am Damme incidirt worden, der sich nach einem Falle aufs Gesäß gebildet hatte.

Fr. Brunner (Zürich).

39) **Pousson.** Cystite tuberculeuse.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1901. März 1.)

Vorstellung eines wegen Blasentuberkulose unter Medullaranästhesie vor einem Jahre operirten Kranken. Gewichtszunahme seit der Operation 16 kg. Häufiger Urindrang, aber ohne Schmerzen. Urin noch leicht eitrig, aber ohne Blutbeimischung. Bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens. **Mohr** (Bielefeld).

40) **R. Barlow.** Ureteritis arteficialis in Folge von missglücktem Ureterenkatheterismus in einem Falle von Blasentuberkulose.

(Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XII. Hft. 3.)

Bei der Katheterisation des rechten Harnleiters konnte der Katheter nur 6 cm weit eingeführt werden; es trat etwas Fieber ein und es bildete sich eine bleistiftdicke, schmerzhafte, bei der mageren, schlaffen Pat. leicht durch die Bauchdecken fühlbare Schwellung des Harnleiters aus, die nach einigen Tagen wieder verschwand. Unter 60 zu diagnostischen Zwecken ausgeführten Harnleiterkatheterisationen hat Verf. sonst nie ungünstige Folgeerscheinungen gesehen.

Fr. Brunner (Zürich).

41) **Richardson.** A case of obliteration of the right ureter by a calcified fibroid. Removal of fibroid and implantation of the ureter into the bladder, recovery.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 5.)

Bei der durch die Verkalkung sehr schwierigen Operation riss der rechte Harnleiter ab, der in den verkalkten Massen eingebettet lag. Sein distales Ende an der Blase war unauffindbar, der obere Theil, so wie das Nierenbecken stark ausgedehnt. Einpflanzung des Harnleiterstumpfes in die Blase derart, dass er 1 Zoll lang in dieselbe hineinragte. Knopfnähte mit Seide, ungestörte Heilung.

Trapp (Bückeburg).

42) **Viannay.** Pyonéphrose tuberculeuse fermée.
(Indépendance méd. 1901. No. 18.)

Bei der 28jährigen Pat. war im Laufe von 7 Monaten eine Geschwulst im linken Hypochondrium allmählich ohne Schmerzen bis zu Kopfgröße herangewachsen. Erscheinungen von Seiten der Nieren fehlten vollkommen, der Allgemeinzustand war ausgezeichnet. Die mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Pankreascyste vorgenommene Laparotomie ergab, dass es sich um eine abgeschlossene, mehrkammerige, mit tuberkulösem Eiter (400 ccm) gefüllte Pyonephrose handelte. Nephrektomie, Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

43) **J. Bouglé.** Tuberculose rénale gauche; cystite tuberculeuse secondaire; néphrectomie. Résultat 28 mois après l'opération.
(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XIX. Hft. 2.)

Der Fall betraf eine 31jährige Kranke mit schwerer linksseitiger Nierentuberkulose, sekundären tuberkulösen Blasenulcerationen und verdächtigen Lungenerscheinungen. Urin stark eiter- und bacillenhaltig. Nephrektomie. 28 Monate später hat sich die Kranke außerordentlich erholt, starke Gewichtszunahme. Geringe Albuminurie und Pollakiurie. **P. Wagner** (Leipzig).

44) **O. Simon.** Die Nierentuberkulose und ihre chirurgische Behandlung.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)
Habilitationsschrift.

Verf. giebt auf Grund von 35 Fällen der Czerny'schen Klinik einen Überblick über Pathologie und Therapie der Nierentuberkulose. In weitaus den meisten seiner Fälle hatte es sich um die käsig kavernöse Form (Israel) gehandelt, bei welcher der Process an der Markgrenze zu beginnen und mit Erkrankungen der Kapsel kombinirt zu sein pflegt. 9mal waren durch Durchbruch eines Nierenherdes perinephritische Abscesse entstanden; 13mal war der Harnleiter, 8mal die Blase tuberkulös erkrankt; eine Erkrankung der 2. Niere ließ sich nur 3mal, eine solche der Genitalien nur 2mal konstatiren.

Von operativen Eingriffen kam 22mal die Nephrotomie in Verwendung, die, wie Verf. ausdrücklich betont, stets mit einer Ableitung des Eiters und Urins zu verbinden ist; in 15 dieser Fälle musste sekundär die Nephrektomie ausgeführt werden. 4 Pat. starben an fortschreitender Tuberkulose; 2 wurden gebessert und nur ein einziger dauernd geheilt. Die Nephrektomie wurde 11mal primär, 16mal sekundär ausgeführt. Hiervon sind 11 Fälle = 43,7% völlig geheilt.

Die bezüglich der Behandlung gewonnenen Erfahrungen werden dahin zusammengefasst, dass die Nephrostomie nur als Palliativoperation, event. als Vorbereitung für sekundäre Nephrektomie zu betrachten ist. Die primäre Nephrektomie ist zwar das empfehlenswertheste Verfahren, doch wird oft die primäre Nephrostomie mit sekundärer Nephrektomie den Vorzug verdienen, da viele Pat. zunächst für den radikalen Eingriff zu schwach sind, da die Diagnose sich nicht immer mit Bestimmtheit stellen lässt, und da man sich auch nicht stets von Existenz und Funktionsfähigkeit der anderen Niere überzeugen kann.

Honsell (Tübingen).

45) **A. Meinel.** Ein Fall von unilokulärem Nierenechinococcus.
(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 10.)

Die außerordentlich bewegliche, für Hydronephrose einer linken Wanderniere gehaltene Geschwulst wurde durch Bauchschnitt mit der Niere entfernt und erwies sich als ein von der vorderen Fläche des unteren Nierenabschnittes ausgegangene unilokuläre Echinococcusblase mit fast wasserklarer Flüssigkeit; die Niere war vollkommen erhalten. Heilung. **Kramer** (Glogau).

46) **Busse.** Gesshwulstbildung in den großen Harnwegen.
(Virchow's Archiv Bd. CLXIV. p. 119.)

Im 1. Falle handelte es sich um einen 60jährigen Mann, der seit 20 Jahren an periodisch auftretender Hämaturie litt. Eine Geschwulst der rechten Niere, die sich als Hydronephrose erwies, wurde exstirpirt, und wie die Untersuchung nach der Sektion ergab, war dieselbe hervorgerufen durch eine ausgedehnte papillomatöse Geschwulstwucherung im Harnleiter. Auch im Nierenbecken und um die rechte Harnleitermündung fanden sich diese Zottengeschwülste.

Beim 2. ähnlichen Falle, einem Manne von 50 Jahren, der seit 7 Jahren an Bluthamen und Beschwerden in der linken Nierengegend litt, wurde ebenfalls eine Hydronephrose exstirpirt. Auch hier war im Nierenbecken und Harnleiter eine gutartige Zottengeschwulstbildung vorhanden, die den letzteren vollkommen verstopfte. Eine in der Blase vorgefundene, große, geschwürig zerfallene Geschwulst erwies sich als Carcinom, neben ihr fanden sich noch gutartige Zotten. Verf. nimmt an, dass die Geschwulst ursprünglich ein gutartiges Papillom gewesen sei, welches erst wenige Monate vor dem Tode krebsig entartete.

Fertig (Göttingen).

47) **Preindlsberger** (Sarajevo). Beitrag zur Nierenchirurgie.
(Wiener klin. Rundschau 1901. No. 11—13.)

Verf. berichtet kasuistisch über 2 interessante Nierenoperationen: 1) Über eine schwere Stichverletzung der Niere, die zur Nephrektomie führte, welche Heilung brachte; gleichzeitig bestand Stichverletzung der Lunge mit consecutiver Pneumonie. 2) Über einen Fall von Echinococcus in einer dislocirten Niere. Verf. führte zunächst die Nephropexie aus und entleerte dann den Cystensack, welcher dem unteren Nierenpole aufsaß. Die Heilung erfolgte per granulationem.

Alsdann bespricht Verf. die Bildungsanomalien der Niere, die er am Sektionsmateriale seines Krankenhauses beobachtete. Unter den Hufeisennieren dürfte diejenige allein besonderes Interesse beanspruchen, bei welcher die oberen, nicht wie gewöhnlich die unteren Pole durch eine Parenchymbrücke verbunden waren.

Schmieden (Bonn).

48) **C. D. Josephson.** Beiträge zur konservirenden Nierenchirurgie.
(Nord. med. Arkiv N. F. Bd. XI. Abth. 26. [Schwedisch.])

Die Arbeit enthält 4 kasuistische Mittheilungen nebst epikritischen Bemerkungen; der Hauptsache nach sind sie folgende:

1) Pyonephrose in einer ektopisch fixirten Niere. Nephrotomie. Heilung.

Eine 50jährige Frau, die seit 2 Monaten an Appetitlosigkeit und allgemeinem Kältegefühl gelitten hatte, zeigte bei der Untersuchung eine straußeneigroße, in der rechten Fossa iliaca fixirte, deutlich begrenzte Geschwulst, die vom Beckeneingange bis an die untere Brustwand reichte. Der Urin war normal, die Niere konnte aber an der gewöhnlichen Stelle nicht gefühlt werden. Der Umstand, dass der Harnleiterkatheter in gewöhnlicher Länge eingeführt werden konnte, ergab diagnostische Schwierigkeiten. Verf. machte zuerst einen Lendenschnitt; als aber keine Niere zu finden war, wurde das Bauchfell geöffnet und nun durch den Finger der obere Pol der Geschwulst getastet. Nach Vernähung der Lumbalwunde Schnitt ungefähr wie bei der Unterbindung der Art. iliaca. Durchtrennung des eitergefüllten dickwandigen Sackes und Vernähung der Schnittränder mit der Haut. Nach 7 Wochen konnte Pat. fast geheilt entlassen werden. Bei der doppelseitigen Katheterisirung der Harnleiter gab aber die rechte Niere keinen Urin. — Ein Jahr später war die rechte Niere beweglich, von normaler Form und Größe; sie konnte von der Fossa iliaca nach oben und innen verschoben werden. Der Urin war normal.



2) Blutungen aus einer rechtsseitigen Wanderniere. Probenephrotomie. Nephropexie. Heilung.

47jährige Frau, die seit 4 Monaten an Bluthamen gelitten hatte. Keine Cylinder, noch Tuberkelbacillen, keine Schmerzen, hochgradige Anämie; rechte Niere sehr beweglich, nicht vergrößert. Cystoskopisch sah Verf. eine normale Blasenschleimhaut und die linke Uretermündung; aus der rechten hing ein Blutcoagulum; bei Katheterisation der Harnleiter bekam Verf. aus dem linken normalen, aus dem rechten blutigen Urin. Nephrotomie. Große Lumbalincision und Sektionsschnitt; keine pathologischen Veränderungen, bestätigt durch spätere mikroskopische Untersuchung eines kleinen excidirten Stückes, tiefgreifende Katgutnähte und Fixation der Niere möglichst hoch oben. Heilung. Keine späteren Störungen.

3) Vergrößerte Wanderniere (interstitielle Nephritis). Pyelitis, durch Lapisinstillationen in das Nierenbecken geheilt. Schmerzanfälle mit Erbrechen und Anurie. Probenephrotomie. Nephropexie. Heilung.

37jährige Frau, die an einer postpuerperalen Cystopyelitis erkrankte und zuerst ohne scheinbare Besserung mit Höllensteineinträufelungen in die Blase, dann, als bei beiderseitiger Katheterisirung der Harnleiter eine dickflüssige, trübe, leukocytenhaltige Flüssigkeit aus dem rechten heraussickerte, in 6 Sitzungen mit $1/2$ %igen Höllensteininstillationen behandelt wurde. Später stellten sich Schmerzen mit unstillbarem Erbrechen und Anurie ein, die jeder Behandlung trotzten. Es zeigte sich bei der Lumbalincision, dass die supponirte Hydronephrose nicht, wohl aber eine um 50% vergrößerte Drüse mit — mikroskopisch später bestätigter — interstitieller Nephritis vorlag. Heilung nach vorübergehender Fistelbildung. Relative Gesundheit mit etwas eiterhaltigem Urin und festsitzender, ein wenig geschwollener Niere.

4) In diesem Falle versuchte Verf. zuerst ein konservatives Verfahren, musste aber später die Niere extirpiren. Es handelte sich um eine 54jährige Frau, die eine Geschwulst von Apfelsinengröße am unteren Pole der rechten, beweglichen Niere hatte. Durch eine transperitoneale Operation konnte diese mit Konservirung der Niere enukleirt werden. Als aber die mikroskopische Untersuchung die Bösartigkeit der Geschwulst konstatirt hatte — sie gehörte in die Gruppe der Hypernephrome — und überdies eine Nierenbeckenfistel entstand, durch welche die ganze Menge des Harnes der operirten Niere sich entleerte, machte Verf. 2 Wochen später die Nephrektomie. Allmählich trat Heilung ein.

Verf. erinnert an 2 ähnliche Fälle, wo zuerst konservative Behandlung versucht, später aber totale Nierenexstirpation nothwendig wurde. Es war dies ein Fall Czerny's (Angiosarkom) und ein Fall John Berg's (Hypernephrom).

Hansson (Cimbrishamn).

49) **B. Rank.** Über einen Fall von geheilter Hydropyonephrose.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIV. p. 22.)

Verf. hat eine hochgradig veränderte Niere eines an Apoplexie verstorbenen Mannes untersucht. Es handelte sich hierbei um eine Schrumpfniere, bei welcher neben arteriosklerotischen und entzündlichen Processen hauptsächlich eine Hydronephrose die Veränderungen bewirkt hatte. Die Hydronephrose hatte sich in eine Pyonephrose umgewandelt, und diese war durch Stillstand der Eiterung und Verkalkung der im Nierenbecken angestauten Eitermassen zur spontanen Heilung gelangt.

Fertig (Göttingen).

50) **A. Debrunner** (Frauenfeld). Berichte und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynäkologie.

Frauenfeld, **J. Huber**, 1901.

Verf. berichtet in der vorliegenden Mittheilung über seine gynäkologische und geburtshilfliche Thätigkeit (die geburtshilfliche Thätigkeit muss hier übergangen werden) vom Jahre 1888—1900.

Im Ganzen wurden 207 ventrale und vaginale Köliotomien ausgeführt mit 10 Todesfällen (4,9% Mortalität).

Die folgende Zusammenstellung giebt einen Überblick über die einzelnen Köliotomien.

Es wurden ausgeführt:	Fälle	Todesfälle
Ovariotomien	45	2
Ventrale Adnexoperationen	30	3
Ventrale Myomoperationen	16	1
Kastrationen bei Myomen	7	1
Kastrationen	3	0
Kombinirte Myomoperationen	3	0
Sectio caesarea	3	0
Ventrofixura uteri (nach Czerny)	25	0
Laparotomien bei Bauchfelltuberkulose	6	0
» bei Darmerkrankungen	7	0
» aus verschiedenen Ursachen	12	0
» bei Extra-uterin-Schwangerschaft	6	1
Vaginale Köliotomien bei gutartigen Erkrankungen (Prolaps, Adnextumoren etc.)	22	0
Vaginale Köliotomien bei bösartigen Erkrankungen	22	2

Bei allen anderen Operationen, wie Plastiken etc., sind keine Todesfälle vorgekommen.

Überall, wo einzelne Fälle besonderes Interesse verdienen, hat D. ausführlicheren Bericht in der Arbeit erstattet. Da die Kranken meist lange Zeit nach der stattgehabten Operation in Beobachtung des Verf. verblieben, gewinnen auch die Mittheilungen bezüglich der Dauererfolge, welche mit Ausnahme bei Cervix- und Portiocarcinomen meist gute sind, besonderes Interesse. Auf Einzelheiten der interessant geschriebenen Arbeit kann hier nicht eingegangen werden.

Neck (Chemnitz).

51) **Hartmann** (Graz). Zwei bemerkenswerthe Fälle von Erkrankung der Nerven aus dem Plexus sacro-lumbalis.

(Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 1900.)

Der eine Fall behandelt die Folgen eines Bajonettstiches durch das Foramen ischiadicum. Zur Sicherung der Diagnose hat Verf. am Leichenpräparate die Verletzung nachgeahnt. Es hat sich gezeigt, dass ein durch das Foramen eindringender Fremdkörper ohne Verletzung größerer Gefäße eine solche des Plexus sacralis setzen kann. Es war der Ischiadicus, der Obturatorius an der oberen Begrenzungsebene des kleinen Beckens und der Cruralis an der Linea innominata lädirt unter gleichzeitiger mechanischer Schädigung des Ileopsoas und Durchtrennung der Musculi glutaei und des Musculus pyriformis. Es handelte sich nach H. um eine direkte Verletzung, Quetschung, Blutung in die Nervenscheiden, Kompression und dadurch bedingte Neuritis jener Nerventrias.

Unaufgeklärt (vielleicht durch Lues bedingt) war die Ätiologie in dem 2. Falle, einer degenerativen Neuritis der Nervus cruralis, N. obturatorius und spermaticus externus. Die sehr eingehend geschilderten Symptome müssen im Originale nachgelesen werden.

P. Stolper (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26. Sonnabend, den 29. Juni. 1901.

Inhalt: I. **F. Colley,** Ein Versuch, die Behandlung der Pseudarthrose zu vereinfachen. — II. **H. Schloffer,** Zur Technik der Phimosenoperation. (Original-Mittheilungen.)

1) **Studenski,** Immunität. — 2) **Landerer,** Hetol gegen Tuberkulose. — 3) **Saltykoff,** Gewachste Seidenfäden. — 4) **Malherbe,** Bromäthyl. — 5) **Mohr,** Schussverletzungen. — 6) **Ziehe** und **Axenfeld,** Sympathicusresektion. — 7) **Valenzuela,** 8) **Loewenthal,** 9) **Beck,** Knochenbrüche. — 10) **Kneik,** Sehnenüberpflanzung. — 11) **Duval** und **Guillain,** Lähmungen des Plexus brachialis. — 12) **Legueu,** Schulterverrenkung. — 13) **Fraenkel,** Verletzung der V. fem. com. — 14) **Schlesinger,** 15) **Ghillies,** Angeborene Hüftverrenkung. — 16) **Friedländer,** Kniescheibenverrenkung. — 17) **Schleich,** Unterschenkelgeschwür.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 19) **Sthamer,** Schussverletzungen. — 20) **Rager,** Schulterblatthochstand. — 21) **Napalkow,** Gelenk zwischen Oberarm und Schlüsselbein. — 22) **Keen,** N. radialis bei Oberarmbrüchen. — 23) **Keen** und **Spiller,** Neurome des N. uln. — 24) **Müller,** Fingergeschwülste. — 25) **Marie** und **Guillain,** Ischias. — 26) **Roberts,** Geschwülste des N. ischiadicus. — 27) **Kühn,** Lähmung eines Astes des N. peron. prof. — 28) **Wegner,** Osteom der Fascia cruralis. — 29) **Helbing,** Rissbrüche des Fersenhöckers. — 30) **Serenin,** Bronchiektasie.

I.

Ein Versuch, die Behandlung der Pseudarthrose zu vereinfachen.

Von

F. Colley in Insterburg.

Im Herbste vorigen Jahres kam ein Mann in meine Behandlung mit einer Pseudarthrose beider Knochen in der Mitte des rechten Unterarmes. Die ursprüngliche Fraktur war lange Zeit hindurch in sachgemäßer Weise mit Kontentivverbänden behandelt worden, ohne zu konsolidiren. Da nach der Art der Entstehung im Anschlusse an ein geringfügiges Trauma der Verdacht auf maligne Neubildung vorliegen musste, machte ich durch eine Incision die Bruchstelle zugänglich, fand aber außer den typisch zugespitzten Fragmenten, die mit einander in gar keiner Berührung standen, keine pathologische Veränderung, eben so aber auch keine Andeutung von

Callus. Das von dem centralen Stücke der Ulna zur histologischen Untersuchung entnommene Material ergab lediglich narbiges Bindegewebe, keine Tumormasse.

Nach diesem leichten Eingriffe setzte ein schwerer Anfall von Delirium tremens potatorum ein, der die primäre Verheilung dieser völlig unkomplicirten Wunde wesentlich in Frage stellte, da der Rasende selbst einen über den Occlusivverband gelegten festen Gipsverband wiederholentlich zertrümmerte. Ich konnte mich desswegen nicht entschließen, die eingreifendere, länger dauernde Operation der Naht beider Knochen vorzunehmen. Trotzdem war die Beseitigung des Zustandes dringend erwünscht, weil der Mann, ein Kanalarbeiter, zur Erwerbung seines Unterhaltes lediglich auf die Arbeit seiner Hände angewiesen ist.

Gestützt auf die Ergebnisse der Arbeiten Arthur Barth's versuchte ich die Heilung anzubahnen durch Einführung von Knochenasche, und da ich von einer Incision absehen zu müssen glaubte, stellte ich mir aus fein pulverisirter, im Glühtopfe frisch gebrannter Knochenasche vom Femur des Rindes in Verbindung mit Mucilago Gummi arabici und destillirtem Wasser einen auskochbaren, dünnflüssigen Brei her, der die weite Kanüle einer großen Pravaz'schen Spritze mit einiger Mühe passirte. Von dieser Masse injicirte ich ohne Narkose von 4 Wochen zu 4 Wochen je 10 ccm an die Fragmentenden hin — und zwar mit positivem Erfolge. Jetzt nach der sechsten Einspritzung sind Ulna und Radius fest konsolidirt.

Ich will nicht unterlassen hinzuzufügen, dass der Pat., ein kräftiger, untersetzter Mann von 23 Jahren, sich im Übrigen einer robusten Gesundheit erfreut, dass er sich durchaus nicht im Zustande der Osteopsathyrosis befindet.

Eine eingehende Publikation mit Veröffentlichung von Röntgenbildern und histologischen Untersuchungen behalte ich mir vor bis zur Beendigung einer begonnenen Serie von Thierversuchen, welche mir auch darüber Aufklärung bringen sollen, ob die beschriebene Wirkung auf die fehlende Callusbildung lediglich der Knochenasche zukommt, oder ob auch andere irritirende Körper in sterilisirtem Zustande das Gleiche zu Stande bringen können.

II.

(Aus Prof. Wölfler's chirurgischer Universitätsklinik in Prag.)

Zur Technik der Phimosenoperation.

Von

Priv.-Docenten Dr. **Hermann Schloffer,**

Assistenten der Klinik.

Die gebräuchlichen Methoden der Phimosenoperation, die Circumcision und die Dorsalincision (Roser), haben gegen sich, dass die



erstere in gewissem Sinne verstümmelt, die letztere vom kosmetischen Standpunkte aus in Folge des Herabhängens der bekannten zwei seitlichen Vorhautlappen oft nicht befriedigt. Zahlreiche Modifikationen (Emmert, Nussbaum, Le Fort, Trnka, Kirmisson, Rebreyend u. A.) zeigen das immer wiederkehrende Bestreben, die Methoden zu verbessern.

Ich habe in den letzten Jahren mit kosmetisch und funktionell gutem Erfolge die Phimosenoperation in unkomplicirten Fällen häufig folgendermaßen ausgeführt: Zunächst wird die Penishaut gegen die Peniswurzel hin gut angespannt, dann die Durchtrennung des äußeren Blattes in schräger Richtung vorgenommen[1] (Fig. 1 *ab* und Fig. 5 *b*).

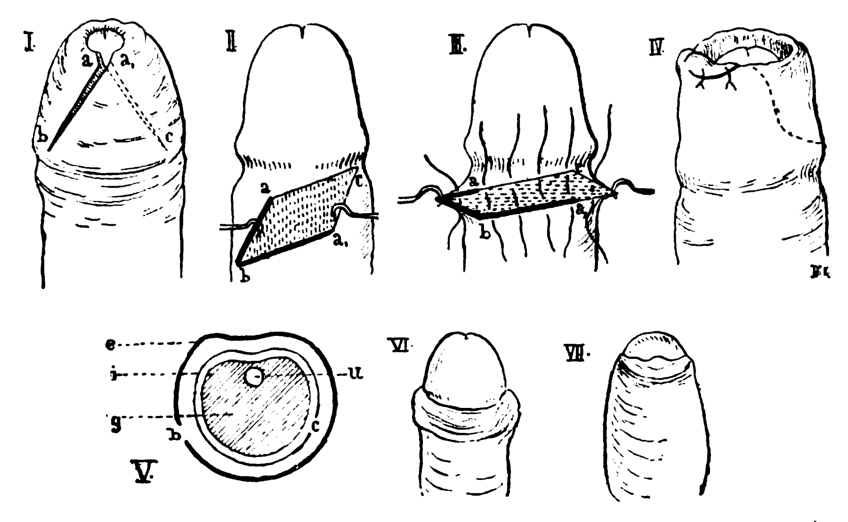


Fig. 1. *ab* Schnitt durch das äußere Präputialblatt, *ac* Schnitt durch das innere Präputialblatt.

Fig. 2 (theoretisch konstruirt). Position der Wundränder nach Ausführung der Schnitte *ab* und *ac* bei zurückgezogenem Präputium. Die dick ausgezogenen Linien *ab* und *ba* sind die Wundränder des äußeren, die fein gezogenen Linien *ac* und *ca*, die des inneren Vorhautblattes.

Fig. 3. Dasselbe mit Berücksichtigung der in praxi erfolgenden Verschiebung der Wundränder beider Blätter an einander.

Fig. 4 zeigt den Verlauf der Nahtlinie bei reponirter Vorhaut; die punktirte Linie stellt die Nahtlinie am nunmehrigen inneren Blatte dar.

Fig. 5. Querschnitt durch den Penis im Stadium der Fig. 1 in der Höhe der Buchstaben *b* und *c* auf Fig 1. *g* Glans resp. Penisschaft, *u* Urethra, *e* äußeres, *i* inneres Vorhautblatt, *b* Wundspalt im äußeren, *c* im inneren Blatte.

Fig. 6 und 7 siehe Text.

Hernach folgt die Durchtrennung des inneren Blattes schräg nach der anderen Seite hin (Fig. 1, *a c* und Fig. 5, *c*); sie gelingt, sobald nur der Phimosenring bei *a* durchtrennt ist, leicht mit der Schere unter entsprechendem Abziehen des äußeren Blattes oder,

[1] Bei Erwachsenen lokale Cocainanästhesie.

indem man einfach unter immer weiterem Zurückziehen des Präputiums über die Glans den Schnitt *a b* geradlinig nach rechts bis an den Sulcus coronarius verlängert. (Man kann übrigens die Schnitte *a b* und *a c* zweckmäßig noch schräger stellen, als dies die Fig. 1 bis 5 zeigen, so dass dann die Punkte *b* und *c* an die lateralen oder gar ventralen Partien des Penis zu liegen kommen. Zu Beginn der Operation ist es auch vortheilhaft, zunächst den Phimosenring ein paar Millimeter weit sagittal zu incidiren und dann erst die Schrägschnitte anzufügen.)

Theoretisch sollte nun bei zurückgezogenem Präputium ein Zustand vorliegen, wie ihn Fig. 2 darstellt. Aber in Folge der großen Verschieblichkeit der beiden Präputialblätter gegen einander, die man durch Unterminirung der Wundränder mit dem Messer oder durch ein paar Scherenschläge noch vermehrt, legt sich in praxi der schräge Wundspalt sofort hinter dem Sulcus coronarius quer in der Gestalt eines verzogenen Rhombus (Fig. 3). Gewebsstränge, die sich dabei in der Wunde hinter dem Sulcus coronarius quer anspannen, müssen bis auf die Albuginea durchtrennt werden. Man findet nun leicht heraus, in welcher Richtung man die Wundränder zu vereinigen hat, um eine möglichst ausgiebige Erweiterung der Vorhautöffnung zu erzielen. Bei größerer Starre des inneren Blattes können vorher noch ein oder mehrere Einkerbungen an dessen unelastischem Wundrande *a c* wünschenswerth sein (bei Kindern fast nie nöthig); die Weichheit des äußeren Blattes gestattet nachher trotzdem eine exakte Adaptirung der Wundränder durch die Naht.

Nach der Naht ist das Präputium an der Vorderseite der Glans ein wenig verkürzt, aber es genügt daselbst doch auch zur Bedeckung der Glans — die Phimose ist beseitigt, die Erweiterung ist eine vollkommen genügende. Fig. 4 illustrirt dabei die Position der Nahtlinie. Dass ein Theil der Nähte im Präputialsacke verborgen bleibt, erschien mir bei der Nachbehandlung eher ein Vortheil der Methode als ein Nachtheil.

Auch das spätere funktionelle und kosmetische Resultat ist ein sehr günstiges. Der Bürzel bei *x* (Fig. 4) verschwindet schon während der Wundheilung. Fig. 6 u. 7 illustriren den Effekt der Operation bei einem 5jährigen Knaben $^3/_4$ Jahr nach derselben; die Vorhautöffnung war in diesem Falle nur für eine dünne Sonde durchgängig gewesen.

Ein Wiedereintreten der Verengerung nach der Operation ist wohl nicht zu befürchten. Ich habe einige Fälle über ein Jahr nach der Operation mit unverändert weiter Vorhautöffnung wiedergesehen.

Da diese Operationsmethode auf der Verschieblichkeit beider Präputialblätter gegen einander und der Dehnbarkeit des äußeren Blattes beruht, ist sie natürlich unausführbar, wo diese Eigenschaften in Folge vorausgegangener Erkrankungen verloren gegangen sind. Selbstverständlich verbietet sie sich auch in jenen Fällen, bei denen die breite Freilegung der Eicheloberfläche aus kurativen Gründen nöthig erscheint.

1) **A. Studenski.** Zur Frage der Immunität. Mechanismus der Gewöhnung des Bacillus pyocyaneus an Natrium salicylicum.

(Botkin's Balnitschnaja gaseta 1901. No. 9.)

Ausgehend von der bekannten Thatsache, dass es bei vielen Mikroorganismen gelingt, durch allmählich gesteigerten Zusatz eines antiseptischen Mittels zum Nährboden eine Gewöhnung an dieses Mittel zu erzielen, stellte S. Versuche an mit dem Bacillus pyocyaneus einerseits und Natrium salicylicum andererseits. Er erhielt auf diese Weise Kulturen, welche sich noch in 5% Natrium salicylicum enthaltender Bouillon entwickelten, während nicht gewöhnte Kulturen in 2,3% enthaltender Bouillon schnell zu Grunde gehen. Der Mechanismus dieser Gewöhnung besteht nicht darin, dass das Natrium salicylicum zerlegt wird, wie quantitative Analysen der Bouillon vor dem Einsetzen und nach längerem Verweilen einer gewöhnten Kultur in derselben bewiesen, auch nicht darin, dass die toxische Wirkung des Antisepticums paralysirt wird; denn Bouillon, in welcher alte gewöhnte Kulturen längere Zeit verweilten, hemmt nach Filtration deutlich die Entwicklung nicht gewöhnter Kulturen. Erhitzt man diese filtrirte Bouillon 15 Minuten auf 96° C. und filtrirt nochmals, so zeigt das Filtrat volle antiseptische Wirkung. Hieraus zieht Verf. den Schluss, dass bei der Gewöhnung des Bacillus pyocyaneus an Natrium salicylicum »Anti-Körper« entstehen, welche die Immunität des Mikroorganismus bedingen. Die Frage, welcher Natur diese Körper sind, ob Ausscheidungsprodukte oder Veränderungen des Körpers des Bacillus, bleibt späteren Untersuchungen vorbehalten.

P. Rathcke (Berlin).

---

2) **Landerer.** Der gegenwärtige Stand der Hetol- (Zimmtsäure-) behandlung der Tuberkulose.

(Berliner Klinik 1901. März.)

Im Wesentlichen eine Zusammenfassung von Verf.'s größerem Werke: »Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure,« wesshalb auf das Referat über dieses Werk im Centralblatt für Chirurgie 1899 p. 696 verwiesen werden mag. L. ist auch seither mit den Erfolgen zufrieden und empfiehlt die Methode angelegentlichst bei allen unkomplicirten und nicht zu weit vorgeschrittenen Tuberkulosen.

F. Brunner (Zürich).

---

3) **N. Saltykoff.** Versuche über mit Wachs überzogene Seidenfäden.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 201.)

Bericht über von Kocher angeregte und von S. im Berner Institute für Infektionskrankheiten ausgeführte bakteriologische Versuche in vitro und in vivo (Meerschweinchen) nach einfachen Methoden, deren Details wohl kaum allgemeineres Interesse haben.

Resultate:

1) »Bakterien an der Oberfläche von Seidenfäden dringen durch eine Wachsschicht durch.

2) Desinficientien dringen durch eine Wachsschicht nicht durch«.

»Folgerung: die Anwendung von gewächsten Fäden bei der Wundnaht hat keine Vortheile (Durchlässigkeit für Bakterien) und bringt event. Nachtheile (Undurchlässigkeit für Desinficientien).«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **A. Malherbe.** De l'anesthésie au bromure d'éthyle dans la position de Rose pour les petites opérations pratiquées sur les voies respiratoires supérieures.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1900. No. 26.)

Verf. erörtert zunächst allgemein die Nothwendigkeit, bei Eingriffen in besonders schmerzhaften Organen zu anästhesiren; er erwähnt die bekannten Nachtheile des Cocains und geht auf die Unzuträglichkeiten, die Äther und Chloroform bei Eingriffen in diesen Gegenden bieten, ein. All' dies lasse sich vermeiden, wenn man am hängenden Kopfe mit Bromäthyl narkotisire. Verf. schildert genau, wie er bei der Narkose mit Bromäthyl verfährt.

F. Alexander (Straßburg i/E.).

---

5) **H. Mohr.** Schussverletzungen durch kleinkalibrige Gewehre, speciell nach den Erfahrungen der letzten Feldzüge.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. stellt fest, dass die Vervollkommnung unserer Schusswaffen, die Einführung der kleinkalibrigen Gewehre bis 6,5 mm herab, nicht die verheerende Wirkung gebracht habe, die man von vorn herein erwartet hätte, sondern dass man gerade in den Feldzügen des letzten Jahrzehnts allenthalben konstatirt habe, dass die Verwundungen humaner geworden seien und dass man geradezu an der Grenze des Erlaubten hierbei stehe, da diese Geschosse den Gegner vielfach gar nicht kampfunfähig machten, mindestens ihn nicht auf lange Dauer von der Truppe zurückhielten.

Von den einzelnen wichtigen Punkten, die Verf. beschreibt, seien erwähnt die Auseinandersetzungen über die Geschosswirkungen, in welchen die Ansichten über die Sprengwirkung, der Einfluss von Fern- und Nahschüssen, das Verhältnis der Einschuss- und Ausschussöffnung näher behandelt sind. Interessant ist es, dass unter dem Einflusse der kleinkalibrigen Gewehre einerseits die momentanen Verluste auf dem Schlachtfelde gestiegen sind, andererseits der Procentsatz derer, welche sich von ihren Verwundungen erholen und wieder arbeitsfähig werden, ebenfalls in die Höhe gegangen ist. Dieser theoretisch vorauszusehende Erfolg hat sich z. B. im Burenkriege schon bestätigt. Die Fernschüsse scheinen wenigstens nach Küttner's Berichten für Weichtheilverletzungen ungefährlicher zu

sein wie die Nahschüsse, die auch größere Ausschussöffnungen besitzen, während oft bei Fernschüssen die beiden Öffnungen gar nicht von einander unterscheidbar sind. Allgemein wird bestätigt, dass die Verletzungen der Weichtheile nicht schmerzhaft sind und es auch nicht werden; in Folge dessen auch Chokwirkung selten ist. Störungen der Sensibilität und der Funktion wurden oft ohne makroskopisch nachweisbare Veränderungen an den Nerven wahrgenommen. Man erklärt dies mit einem Nervenchok und glaubt, dass die Nerven den modernen Geschossen nicht so ausweichen können, wie dies für die älteren angenommen wurde.

Nach den experimentellen Versuchen, die man über Wundinfektion gemacht hat, waren Schusswunden theoretisch als meist primär inficirt anzusehen. Indessen geht die allgemeine Kriegserfahrung der letzten Feldzüge dahin, dass primäre Infektion selten ist. Für diesen günstigen Verlauf der Wunden und die Vermeidung sekundärer Infektion ziehen erfahrene Kriegschirurgen nicht bloß die Asepsis und Antisepsis als Ursache heran, sondern auch klimatische Verhältnisse, den Allgemeinzustand der Soldaten, die bessere Verpflegung, die geringere Überfüllung der Lazarette und Inanspruchnahme der Ärzte. Auch die starke Hitze und Sonnenbestrahlung soll z. B. im abessynischen Feldzuge günstig mitgewirkt haben. Andererseits findet aber auch die frühzeitige antiseptische Behandlung von anderen Autoren eine durchaus enthusiastische Würdigung, und es bleibt wohl der alte Satz bestehen, dass der erste Verband über das Schicksal der Verwundeten entscheidet.

Wundinfektionskrankheiten und Infektion spielten in den letzten Kriegen eine geringere Rolle wie in früheren. Ein Vergleich zeigt, dass die einzelnen Ärzte bezüglich der Wundbehandlung auch in den letzten Feldzügen keineswegs einheitlich verfuhren. Einige verwerfen jede Desinfektion der frischen Wunden, Andere üben sie weitgehend aus. Haga kratzte principiell jeden Wundkanal aus. Auch über die Anwendung der Drainage besteht noch keine Einigkeit. Da die Resultate allgemein gute waren, ist die Lektüre gerade dieses Kapitels recht interessant. Operationen wurden nach M.'s Ansicht seltener nothwendig wie früher; nur bei Schädelschüssen wurde häufiger operirt. Auch die Entfernung der Geschosse spielte eine geringere Rolle.

Die Brustschüsse verliefen meist günstig; natürlich können rasche Verblutungsfälle dabei auftreten, besonders bei Zerreißung der Hilusgegend. Im Ganzen aber sind Hämoptoë und ausgedehnter Pneumothorax selten gewesen. Bei den Japanern wurde die Hälfte der an penetrirenden Brustschüssen Behandelten im Laufe des Feldzuges wieder dienstfähig. Jede aktivere Behandlung dieser Schüsse ist im Allgemeinen von vorn herein zu vermeiden.

Eine ausgedehnte Besprechung von Seiten des Verf. finden auch die Bauchschüsse, welche ja von jeher ein ganz besonderes Interesse erregt haben, und bei denen die Erfahrungen in den Kriegen der

letzten Jahre so außerordentlich frappirend waren, in so fern man eine größere Zahl bei exspektativer Behandlung heilen sah, als es nach den bisherigen Friedenserfahrungen und statistischen Ergebnissen früherer Kriege wahrscheinlich erschien. Indessen trennt Verf. mit Recht, wie dies jüngst auch von Petersen geschehen ist, die Indikationen der Kriegsbehandlung von jenen der Friedenstherapie. Im Felde zwingen eben äußere Verhältnisse zu mehr exspektativem Verfahren, vor Allem das Übermaß an ärztlicher Arbeit nach Schlachten, die Unmöglichkeit, langdauernde Operationen vorzunehmen, u. A. m. Aber schließlich ist es nach M.'s Ansicht doch auch nicht so absolut sicher, dass nicht vorläufig unberechenbare Beobachtungsfehler den Werth der einschlägigen Statistik beeinträchtigen. Eine große Menge rasch an Peritonitis Gestorbener möge so z. B. gar nicht in die Beobachtung der Berichterstatter gelangt sein.

Sehr schwierig ist es, aus dem vorhandenen Materiale an Knochenschüssen vergleichende Schlüsse zu ziehen. Gegenüber den Schießversuchen v. Coler's muss man indessen nach der gewonnenen Erfahrung annehmen, dass die Splitterung der Knochen keine so starke und häufige ist, als nach diesen Experimenten zu erwarten war. Die Sprengwirkung und Splitterung durch Schüsse aus den kleinkalibrigen Gewehren hört jedenfalls schon bei einer Entfernung auf, welche weit geringer ist als 2000 m. Treves nimmt sogar an, dass dieselbe bei Schüssen über 500 m nicht mehr eintrete. M. hält diese Zahl aber für zu niedrig gegriffen. Was ferner über Aus- und Einschussöffnung, Unterschied zwischen Epiphysen- und Diaphysenschüssen und über sonstige Komplikationen bei Knochenschüssen gesagt ist, möge, weil zu ausgedehnt zum Referiren, im Originale nachgelesen werden.

Besonders hervorgehoben sei noch das interessante und lehrreiche Kapitel über Schädelschüsse. Von den Verwundeten mit Schädelschüssen starben 1870 noch 78%, für die letzten Kriege soll die Zahl wesentlich niedriger sein. Beim modernen Geschosse kommen kaum noch Knochenverletzungen am Schädel ohne gleichzeitige Gehirnverletzung vor. Streifschüsse und Tangentialschüsse verursachen häufig Schädeldepressionsfrakturen. Treves empfiehlt für alle Streifschüsse die Trepanation wegen der ausgedehnten Splitterung der Tabula interna. Indessen können nur oberflächliche Knochensplitter entfernt werden, nicht die oft tief in der Gehirnsubstanz sitzenden. Darum hält Verf. die sofortige Operation auch nur bei Streifschüssen und Rinnenschüssen für berechtigt, nicht aber, wie manche Kriegschirurgen wollen, bei allen Schussverletzungen des Schädels, bei denen M. die von v. Bergmann aufgestellten Indikationen gelten lässt.

Die Arbeit, welche ein sehr großes Material aus der Litteratur zusammenbringt und die Erfahrungen der letzten Kriege vergleichsweise neben einander stellt, ist gerade durch die sorgsame Verwerthung aller Einzelergebnisse der letzten Jahre besonders werthvoll und der Lektüre zu empfehlen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

6) **M. Ziehe** und **T. Axenfeld.** Sympathicusresektion beim Glaukom.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde Bd. IV. Hft. 1 u. 2.)

A. hat bei 5 glaukomatösen Augen die Resektion des oberen Ganglion des Halssympathicus ausführen lassen. Die Operation wurde von Prof. Garrè in folgender Weise vorgenommen: »10 cm langer Hautschnitt am hinteren Rande des M. sterno-cleido-mast. am Proc. mast. beginnend; stumpfes Vordringen auf die Vorderfläche der Halswirbel in der Art, dass der Operateur sich dicht an die Nerven des Plexus cervic. hält. Bei nur leicht seitlich gedrehtem Kopfe und nicht zu stark lordosirter Halswirbelsäule kommt direkt die Vena jugularis zum Vorschein. Diese wird mit stumpfen Haken nach vorn geschoben, man erblickt den N. vagus und nach hinten von diesem an der hinteren Carotiswand den dünneren grauweißen Grenzstrang, erkennbar an seiner kolbigen Anschwellung und an den abgehenden Ästchen. Derselbe wird mit einem Schielhäkchen leicht nach außen gezogen und nun gegen oben zu aus dem lockeren Zellgewebe mit der Hohlsonde herauspräparirt. Es wird mit dem Ganglion noch ein etwa 3 cm langes Stück des N. sympathicus resecirt.«

Die Analyse ihrer Fälle, so wie von 50 aus der Litteratur gesammelten, kurz referirten Fällen führt Verff. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Exstirpation des Ganglion cervicale supremum ist ein ungefährlicher Eingriff. Bei 74 Operationen ist nur 1 Todesfall zu verzeichnen. Gelegentlich sich anschließende leichte Paresen der oberen Extremitäten und Schluckbeschwerden haben sich stets wieder ausgeglichen.

2) Der Erfolg der Resektion ist sehr verschieden; man kann in keiner Weise vorher sicher darauf rechnen, dass die Sympathicusexstirpation in jedem Falle bessernd wirkt. Dass sie direkt schadet, lässt sich bisher nicht sicher behaupten. Wohl aber kann jeder Heilerfolg ausbleiben. Doch ist es nach dem bis jetzt vorliegenden Material zweifellos, dass ein Theil der glaukomkranken Augen für viele Monate gebessert werden kann, in anderen scheint ein Stillstand einzutreten.

3) Die Resektion soll beim Glaucoma chronicum und simplex und erst recht beim Glaucoma acutum die Iridektomie nicht verdrängen oder ersetzen. Die Iridektomie ist vielmehr zuerst am Platze.

4) Ob die Sympathicusexstirpation dem Glaukom vorzubeugen vermag, lässt sich noch nicht sicher beurtheilen.

5) Das Gesammtergebnis ist, »dass in allen den Fällen von Glaukom, wo unsere bisherige Therapie nicht ausreicht, die Exstirpation des Halssympathicus ein gerechtfertigter und empfehlenswerther Versuch ist, wenn auch von ihr keineswegs stets Hilfe zu erwarten ist«.

F. Brunner (Zürich).

---

7) **J. Valenzuela** (Santiago de Chile). Resultads del tratamiento por la movilizacion i el masaje en 61 casos de fracturas.

(Progreso méd. 1901.)

Alle Frakturpatienten werden etwa 2mal wöchentlich auf den Operationstisch gelegt, nachdem die leichte Gipsschiene, die für gewöhnlich als Fixationsmittel gebraucht wird, entfernt ist, gewaschen, massirt und die Gelenke ausgiebig bewegt. 61 in den letzten Jahren mit frühzeitiger Bewegung und Massage behandelte Fälle sind in einer übersichtlichen Tabelle zusammengestellt. Daraus soll sich eine meist um einige Tage kürzere Heilungszeit ergeben im Vergleiche zur Heilungszeit bei strengerer Immobilisation (nach Tabellen über die Heilungsdauer bei Frakturen nach Eulenburg). Bei Brüchen mit starker Neigung der Bruchenden zur Dislokation ist die Methode nur mit großer Vorsicht zu verwenden. Über deforme Heilungen oder Verkürzungen finden sich keinerlei Angaben.

G. Meyer (Gotha).

---

8) **Loewenthal.** Über schief geheilte Knochenbrüche in gerichtlich-medicinischer Beziehung.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1901. No. 5 u. 6.)

Verf. bespricht in ausführlicher Weise alle die Möglichkeiten, wodurch eine Schiefheilung von Knochenbrüchen hervorgerufen werden kann, sei es dass dieselbe durch die besondere Beschaffenheit des Knochenbruches an sich, oder durch ungeeignetes Verhalten der Pat. während der Behandlung, oder durch fehlerhafte Behandlung seitens des Arztes bedingt ist. In eingehender Weise geht er auf die Folgen der schiefgeheilten Knochenbrüche ein, die er im Anschlusse an die betreffenden Paragraphen des deutschen Strafgesetzbuches im Einzelnen erörtert, wobei er aufs nachdrücklichste die Schwierigkeit betont, welche dem Gerichtsarzte bei der sachverständigen Beurtheilung solcher schiefgeheilter Knochenbrüche und deren Folgen erwachsen.

Es empfiehlt sich, die Arbeit im Originale zu studiren.

Motz (Heddersdorf).

---

9) **C. Beck** (New York). Über deform geheilte Frakturen und ihre Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 17.)

Wenn auch deform geheilte Knochenbrüche nicht immer Funktionsstörungen veranlassen, während solche selbst bei ohne Deformität erfolgter Konsolidation eintreten können, so sind doch bei ersteren die zurückgebliebenen krüppelhaften Stellungen und Verkürzungen oft so störend, dass ihre Beseitigung wünschenswerth und nothwendig erscheint. Über die in derartigen Fällen erforderlichen Maßnahmen giebt das Röntgenbild am besten Aufschluss, das

die Lage und Richtung der Fragmente erkennen lässt und zeigt, ob die unblutige Refrakturirung noch zweckmäßig und von Erfolg sein oder eine blutige Osteotomie allein nützen würde. B. theilt eine Reihe derartiger Fälle, welche durch gut gelungene Skiagramme illustrirt werden, mit und bestätigt andererseits, wie wichtig es ist, neben dem Röntgenbilde den größten Werth auf die klinischen Symptome zu legen.

Kramer (Glogau).

---

10) **E. Kneik.** Über die Funktionserfolge der Sehnenüberpflanzungen bei paralytischen Deformitäten, insbesondere nach der spinalen Kinderlähmung. (Aus dem chirurg.-poliklinischen Institute der Universität Leipzig. Prof. Dr. Friedrich.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 7.)

In dem chirurgisch-poliklinischen Institute der Universität Leipzig sind bisher 16 Sehnenüberpflanzungen — 7 wegen Pes varo-equinus paralyt., je 1 wegen Pes valgus paralyt., Pes valgo-calcan. paralyt., Pes varo-equinus spastica, Pes varo-equinus congenitus, 3 wegen Pes valgo-equinus spast., 1 wegen Quadricepslähmung und 1 am Arme wegen einer hochgradigen spinalen Lähmung — mit bestem Erfolge ausgeführt worden. Zur Anwendung kamen die Einpflanzung paralytischer Muskeln in funktionirende (»intrafunktionelle Implantation«) und die Fixation funktionirender Muskeln an gelähmte (»intraparalytische«), wo nothwendig in Verbindung mit Sehnenverlängerung oder -verkürzung. Auch in dem genannten Institute wurde in den Fällen von spastischen Lähmungen und spastischer Gliederstarre die Beobachtung bestätigt, dass nach erfolgter Wundheilung nach der Operation der Krampfzustand in den betreffenden Muskeln nahezu geschwunden war. Was die Indikation der erwähnten Operationen anlangt, so wurde, so lange noch Spuren von spontaner Besserung zu bemerken waren, auf ein operatives Eingreifen verzichtet, dagegen wenn ein Stillstand der Besserung $^1/_2$—1 Jahr beobachtet oder eine Verschlimmerung durch rasche Zunahme der Deformität eingetreten war, zur Operation geschritten, der eine genaue Voruntersuchung durch einen Nervenspecialarzt vorausgeschickt wurde.

Kramer (Glogau).

---

11) **P. Duval** und **G. Guillain.** Sur le mécanisme de production des paralysies radiculaires traumatiques du plexus brachial.

(Gas. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 55.)

Die beiden Autoren weisen auf Grund von Leichenversuchen an Neugeborenen und Erwachsenen die bisherigen Erklärungsversuche über den Entstehungsmodus der fraglichen Lähmungen (Kompression des Plexus zwischen Schlüsselbein und 1. Rippe oder zwischen Schlüsselbein und den Querfortsätzen des 5. und 6. Halswirbels) zurück und sehen ihren Grund allein in der Dehnung der

Nervenwurzeln. Aus ihrer Begründung sei hervorgehoben, dass bei maximaler Erhebung des Armes der konvexe Theil des hinteren Schlüsselbeinrandes gegen die latero- und retrovertebralen (? Ref.) Muskeln stößt und dass der Nervenplexus hinter den konkaven Theil des Schlüsselbeines zu liegen kommt. Auf diese Weise entgeht er dem Drucke, sei es gegen die 1. Rippe oder gegen die Querfortsätze. Der sich für dieses Thema Interessirende sei auf die deutschen Arbeiten von Büdinger, Kron und Gaupp (Centralblatt für Chirurgie 1894 p. 793) verwiesen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

---

12) **Legueu.** Des luxations irréductibles de l'épaule.
(L'indépendance méd. 1901. No. 15.)

Verf. bespricht im Anschlusse an einige von ihm beobachtete Fälle Ursachen und Einrenkungshindernisse der irreponiblen Schulterverrenkung. In Fällen, welche älter als 2 Monate sind, verwirft er die Kocher'sche Methode, da die einwirkende Gewalt in solchen Fällen eine äußerst brutale, oft von schlimmen Komplikationen gefolgte sein müsse, und selbst nach gelungener Einrenkung das funktionelle Endresultat in Folge der vorgeschrittenen Veränderungen am Gelenke und seiner Umgebung kein gutes sein könne. Den Hennequin'schen Apparat mit einem Zuge von 80—90 kg wendete Verf. in 2 Fällen ohne Erfolg an; eine weitere Steigerung ist gefährlich (Frakturen, Muskel-, Nerven-, Gefäßzerreißungen). Von den blutigen Methoden hält L. das von Neudorfer, Severeanu und Duplay ausgeübte Verfahren für das beste: vorderer, senkrechter, vom Akromio-Claviculargelenk ausgehender Schnitt, rechtwinklig dazu ein zweiter, vom Akromion ausgehend und entlang den äußeren Schlüsselbeinrand verlaufend, Herunterklappen des so gebildeten Lappens, Eröffnung des Akromio-Claviculargelenks, Durchsägung des Akromions im Bereiche seines Halses, Herunterklappen des Deltoideus. Hierauf liegt das Gelenk vollkommen frei.

In einem so operirten Falle fand L. den Kopf unter dem Rabenschnabelfortsatz zwischen den von ihm ausgehenden Muskeln eingezwängt. Er konnte erst nach Durchschneidung des Fortsatzes frei gemacht werden. Das Repositionshindernis bestand in einer partiellen Fraktur des anatomischen Halses mit Einkeilung auf dem vorderen Rande der Gelenkpfanne, welche deformirt war. Resektion im anatomischen Halse, Abrundung des Resektionsstumpfes, Drainage des Gelenkes; glatte Heilung, bisher gutes funktionelles Resultat.

Mohr (Bielefeld).

---

13) **F. Fraenkel.** Über die Verletzung der Vena femoralis communis am Poupart'schen Bande und deren Behandlung.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 1.)

Auf Grund eigener Beobachtungen und unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur kommt Verf. zu dem Schlusse, dass bei Verletzungen dicht unterhalb des Lig. Pouparti auch ohne Bestehen

einer nennenswerthen Blutung die operative Freilegung der Wundverhältnisse geboten ist, sobald die anatomische Lage für eine Verletzung der großen Gefäßstämme spricht. Bei Verletzung der Vena femoralis communis ist eine Versorgung der Gefäßwunde mit Erhaltung der Lichtung anzustreben, und zwar am besten durch die Naht, bei gequetschten Wundrändern durch seitliche Abklemmung; beide Methoden sind aber nur bei voraussichtlich aseptischem Wundverlaufe am Platze. Wo Versorgung der Venenwunde mit Erhaltung der Lichtung nicht möglich ist, kommt ausschließlich die doppelte Unterbindung in Betracht. Hierbei wird die baldige Ausbildung von Kollateralbahnen am ehesten gefördert durch Beseitigung von Blutextravasaten in der Umgebung der Vene, Stärkung der Herzthätigkeit und Begünstigung des venösen Abflusses (beträchtliche Hochstellung des Bettfußendes). **Honsell** (Tübingen).

---

14) **Schlesinger.** Beitrag zur Technik der Lorenz'schen Reposition der kongenitalen Hüftgelenksluxationen. (Aus der orthopädischen Heilanstalt des Dr. Schanz in Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 12.)

Zur Vermeidung der bei der Lorenz'schen Einrenkungsmethode in Folge des erheblichen Kraftaufwandes gelegentlich vorkommenden Nebenverletzungen verfährt Schanz folgendermaßen: Nach Misslingen des ersten, ohne allzugroße Anstrengung gemachten Repositionsversuches wird das Gelenk in Einrenkungsstellung für 3 bis 4 Tage durch einen Gipsverband fixirt, letzterer sodann wieder entfernt und der Einrenkungsversuch wiederholt, der dann meist mit Leichtigkeit gelingt; im Falle abermaligen Missglückens der Reposition wird in gleicher Weise, wie vorher, verfahren. Die Wirkung dieser Verbände dürfte nach S. darin bestehen, dass in ihnen die Kapsel gedehnt wird. **Kramer** (Glogau).

---

15) **C. Ghillies.** Über die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung in Bezug auf die Deformität des Femurs.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 14.)

Unter Hinweis auf seine frühere Mittheilung über die von ihm modificirte, der Stellung des Schenkelkopfes angepasste Reduktionsmethode (s. Ref. 1898 in diesen Centralblatt) ist G. jetzt in der Lage, über die Resultate der Behandlung, welche er in über 100 Fällen angewandt, sich wesentlich befriedigter äußern zu können, als er es früher gethan hatte. Allerdings giebt er keinen genaueren Bericht über sein Material, sondern führt nur einen vor 3 Jahren operirten Fall vor, der einen vorzüglichen Gang zeige, um damit zu beweisen, »dass man wirklich sehr gute Resultate erhalten könne«.

Kramer (Glogau).

---

16. **W. Friedländer.** Die habituelle Luxation der Patella.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 2.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von habitueller Kniescheibenverrenkung aus der chirurgisch-orthopädischen Klinik von Joachimsthal. Die interessanten Krankengeschichten sind sehr ausführlich und mit allen wissenswerthen Details beschrieben. In dem 1. Falle handelte es sich wahrscheinlich um eine angeborene Verrenkung, die Mangels jeder Behandlung habituell geworden war. Betroffen war hier nur die linke Seite im Gegensatze zu dem 2. Falle, wo es sich um eine beiderseitige Verrenkung der Kniescheibe handelte bei gleichzeitigem Bestehen einer doppelseitigen Hüftgelenksverrenkung, welche nach blutiger Reposition mit Ankylosirung ausgeheilt war. Für angeboren kann F., was ja durch die Koincidenz der verschiedenen Deformitäten nahe läge, die Kniescheibenverrenkung nicht halten, da mit Bestimmtheit in den ersten Lebensjahren an den Kniegelenken nichts Abnormes bemerkt wurde. Am wahrscheinlichsten ist es, dass bei dem betreffenden Pat. eine angeborene Disposition zur Verrenkung der beiden Kniescheiben bestanden hat, und dass der äußere Anlass zum Eintritte der Verrenkung die durch die Hüftankylose veränderte Muskelaktion gewesen ist, nämlich die bei jedem Schritte eintretende Hyperextension des Streckapparates, welche eine allmähliche Überdehnung des Ligamentum proprium und der übrigen Bänder herbeiführte. Dieser Überdehnung folgte allmählich eine Erschlaffung, so dass die physiologische Muskelkontraktion häufig die Ursache einer Verrenkung werden kann.

Verf. bespricht des genaueren an Hand seiner Fälle und der Litteratur die Momente, welche eine Disposition zu dem beschriebenen Leiden hervorrufen. Zu diesen zählt eine Reihe von Veränderungen in der Konfiguration der Kniegelenksenden, die Abflachung, das Fehlen des Condylus externus, das Fehlen der äußeren Trochlealeiste, die Verengerung der Fossa intercondylica, das Genu valgum, ferner Erweiterung und Schlaffheit der Kniegelenkskapsel, welch letztere ausnahmslos bei allen Fällen zu konstatiren ist.

Ätiologisch unterscheidet F. traumatische, angeborene und pathologische Kniescheibenverrenkung. Der von Hoffa zwischen angeborener und habitueller Verrenkung gemachte Unterschied, welcher durch die dauernde oder intermittirende anormale Stellung charakterisirt sein soll, lässt sich nicht principiell aufrecht erhalten. Von 45 Fällen, die Verf. zusammenstellen konnte, waren 43 Verrenkungen nach außen, 2 nach innen. Auffällig ist bei dem zweiten von F. geschilderten Falle, dass gerade im Gegensatze zu der gewöhnlichen Disposition durch Abflachung des Condylus externus ein Hervorspringen desselben vorhanden war, wodurch ja theoretisch eine Verrenkung verhindert werden müsste. Indessen ist dies dadurch zu erklären, dass die Verrenkung gar nicht über den Condylus externus erfolgt, sondern dass sie ihren Weg nach außen oberhalb desselben nimmt. Diese auf dem Wege oberhalb der Trochlea erfolgende Ver-

renkung wird durch ein Maximum der Kontraktion der Streckmuskeln verursacht, welche die Kniescheibe noch höher hebt, als sie bei der gewöhnlichen Streckstellung des Kniegelenkes zu liegen pflegt (H. v. Meyer). Gleichzeitig mit dieser maximalen Kontraktion der Extensoren findet eine Verschiebung der Kniescheibe nach außen statt.

Die Prognose der unbehandelten und sich selbst überlassenen Fälle ist eine schlechte. Es tritt eine weitere Dehnung und Erschlaffung der Bänder bei solchen Pat. auf, abgesehen von einer Reihe weiterer Schäden. Dagegen liegt die Möglichkeit einer erfolgreichen Therapie vor. Diese kann durch orthopädische Maßnahmen, besser aber noch durch operatives Eingreifen erzielt werden. Das letztere besteht nach König wesentlich darin, dass das Ligamentum patellae durch Ablösung und Anfrischung der Tibia auf die Innenseite verlagert und die innere Kapsel durch Faltendurchschneidung und Ausschneidung verkürzt wird. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

17) **Schleich** (Berlin). Zur Behandlung des Unterschenkelgeschwürs.

(Therapie der Gegenwart 1901. Januar.)

Die folgende neue Methode S.'s hat ihm »nicht in einem einzigen Falle versagt«; anscheinend — nach den einleitenden Worten zu urtheilen — sind die Erfolge der als ideal gepriesenen Methode durch eine »sehr große« Zahl Heilungen sicher gestellt.

»Nach vorheriger gründlicher Reinigung des ganzen Unterschenkels, wozu sich S.'s Marmorseife besonders empfiehlt, und Entfernung sämmtlicher Borken aus der Umgebung des Ulcus werden 3—5 Esslöffel der Peptonpaste (s. u.) über den ganzen Unterschenkel mit der flachen Hand bis in unmittelbare Umgebung des Ulcus verstrichen, so dass überall vom Ansatze der Zehen, Fußsohle und -rücken, Hacken und Knöchel bis unmittelbar unter die Patella die Haut mit einer ziemlich dicken Schicht umgeben ist, und auf das Ulcus selbst wird Glutolserum in dünner Schicht aufgepulvert, über das Ulcus ein Bausch Krüllgaze gedeckt.« Alsdann werden die Ränder des Peptonaufstriches rings um den Ansatz der Zehen und an der Patella mit einem dicken, schmalen Wattestreifen geschützt, eben so die Malleolen. »Nun folgt die Hauptsache: der absolut exakt, ohne jede Faltung, ideal glatt angelegte Verband von den Zehen mit Ankertouren um Hacken und Malleolen bis hinauf zum Knie mit gut sitzenden Renversétouren, wozu 2 Cambricbinden verwandt werden; darüber werden 2 gestärkte Gazebinden angelegt.«

Der in toto wasserlösliche Verband wird alle 5—6 Tage gewechselt. Meist tritt »sofort« Abschwellung der Haut ein, »beim 2. und 3. Verbande ist das Ödem ganz geschwunden, und der oft bretthart Unterschenkel erhält seine natürliche Konfiguration und Weichheit«.

Die Zusammensetzung der Peptonpaste ist folgende:

Pepton sicc. (Witte)
Amyl. tritic.
Zinc. oxydat āā 20,0
Gummi arab. subt. pulv. 40,0
Lysol gutt. 15
Ol. Melliss. gtt. 5,0

Aq. dest. q. s. ut fiat pasta Schleich (consistentia mellis).

Paste S. und Glutolserum S. sind von der bekannten Viktoria-Apotheke in Berlin zu beziehen. **Gross** (Jena).

Kleinere Mittheilungen.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

116. Sitzung am Montag, den 11. März 1901, im Kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr Langenbuch.

1) Herr Hermes: Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch den entzündeten und verwachsenen Wurmfortsatz (mit Demonstration).

Die Pat. (Krankenhaus Moabit), seit Jahren an Magenbeschwerden leidend, erkrankte plötzlich mit Erbrechen, Schmerzhaftigkeit in der Magengegend, Kräfteverfall. Wegen Verdachtes auf Perforationsperitonitis (ausgehend von einem Ulcus ventriculi) oder Ileus wurde die Laparotomie ausgeführt. Der Darm war stark aufgetrieben, wurde eröffnet, viel Koth und 200 ccm klare Flüssigkeit entleert. Magen anscheinend normal; Verlängerung des Schnittes. Mit der Hand wird nunmehr in der Blinddarmgegend eine Geschwulstmasse und ein dicker Strang entdeckt; eine Dünndarmschlinge war durch den Wurmfortsatz eingeklemmt, die Verlöthung so fest, dass sie zerschnitten werden musste. Der Proc. vermiformis wurde resecirt, er zeigte ein abgesacktes Empyem und war so sehr stenosirt, dass keine Sonde durchging.

Auffällig war, dass die Beschwerden und die Empfindlichkeit eine Erkrankung des Magens vortäuschen mussten.

Herr Helbing hat einen ähnlichen Fall von Fixation eines Darmtheiles am Proc. vermiformis durch strangförmige Adhäsion bei einer 68 Jahre alten Frau beobachtet. Nach Eröffnung des auf 104 cm Umfang meteoristisch aufgetriebenen Bauches zeigte sich die Serosa diffus geröthet und mit kleinen, derben Knoten, die wie Tuberkel oder auch carcinomatöse Gebilde aussahen, besät. In der Ileocoecalgegend der auf 4 cm geschrumpfte Wurmfortsatz mit seinem freien Ende an das Mesenterium des Darmes angelöthet.

Der Strang wurde mit dem Paquelin durchtrennt; es erfolgte Heilung.

2) Herr Helbing: Invaginatio ileo-ilea.

Eine 39jährige Frau erkrankte mit kolikartigen Schmerzen, Erbrechen, das einmal fäkulent war; Leib nicht aufgetrieben, sogar leicht eingesunken, per vaginam über dem Beckeneingange ein verschieblicher, ausweichender Tumor fühlbar. Bei der Laparotomie zeigte sich, dass der Dünndarm in den unteren Theil des Ileum, 5 cm von der Klappe entfernt, eingeschoben war. Da die Lösung nicht gelang, musste eine Resektion (ein 22 cm langes Stück) vorgenommen werden mit nachfolgender seitlicher Anastomose zwischen Dick- und Dünndarm. Heilung.

3) Derselbe: Ungewöhnlich großes Adenom der Mamma.

Dasselbe, 4 Pfund schwer, zeigt die Typen eines benignen Adenoms, im Centrum die eines Fibroadenoma intracellulare mit Nekrosenbildung, in der Peripherie die eines reinen Adenoms.

4) Herr Merkens (Krankenhaus Moabit): Hirnkomplikationen nach Otitis (mit Krankenvorstellung).

Im Anschlusse an eine Kopfverletzung mit Blutung aus dem rechten Ohre hatte sich eine Eiterung am Proc. mastoideus und Meningitis entwickelt. Bei der Operation fand sich eine Fissur des Felsenbeines, und nach Eröffnung der Paukenhöhle wurde ein 2markstückgroßes Knochenstück entfernt.

In einem anderen Falle war die Sinusphlebitis kombinirt mit Eiterungen in vielen anderen Körperregionen, so am Warzenfortsatze, Kniegelenke, Auge, die eine Enukleation des Bulbus nöthig machten.

5) Herr Körte: Krankenvorstellung.

Der vorgestellte 54jährige Kutscher war beim Besteigen der Droschke von einem Pferde gegen das Kniegelenk geschlagen worden. Oberhalb desselben fand sich eine tiefe Einsenkung, dem M. quadriceps ein kleines Knochenstück anhaftend. Naht mit Katgut; zur Zeit gute Beweglichkeit im Kniegelenke. Der Mechanismus der Entstehung der Verletzung ist auffällig; wahrscheinlich war das Bein im Augenblicke der Verletzung gebeugt gehalten, das Eisen traf am Sehnenapparate.

Diskussion: Herr Israel nimmt an, dass bei Zerreißungen des Lig. patellae nach einem leichten Trauma krankhafte Veränderungen der Sehnen bereits vorliegen, oder eine krankhafte Disposition, so z. B. Diabetes, Vorschub leistet. Analoge Verhältnisse beobachtet man z. B. bei der Zerreißung der Achillessehne bei Tabes.

Herr Hahn hat ebenfalls mehrfach Abreißungen der Quadricepssehne beobachtet. Er erzielte durch Anlegen von Gipsverbänden, ohne zu nähen, gute Resultate.

Herr Sonnenburg hat gute Resultate erzielt durch Operation: Querschnitt, Naht.

Herr Zeller erzielte ebenfalls durch Anlegen eines Gipsverbandes ein günstiges Resultat; der betreffende Pat. erlitt aber nach erfolgter Heilung eine Zerreißung auch des anderen Lig. patellae, deren Heilung lange Zeit in Anspruch nahm; gute Dienste leistete ihm dabei eine Scharnierschiene.

6) Herr Wulff: Strangulirter Wurmfortsatz in einer Hernia cruralis.

W. demonstrirt ein Präparat, bei dem sich an dem Proc. vermiformis außer einer Schnürfurche und distal davon gelegenen hämorrhagischen Infarcirung nichts Abnormes nachweisen lässt, jedenfalls keine Eiterung und keine Gangrän, so dass es sich sicherlich um eine Incarceration eines normalen Wurmfortsatzes handeln muss.

Diskussion: Herr Sonnenburg kann sich dieser Meinung nicht anschließen; es handelt sich in solchen Fällen um eine pathologische Appendix oder eine Appendicitis im Bruchsacke.

Herr Körte verfügt über 2 weitere Beobachtungen, die zeigen, dass eine Einklemmung und keine Entzündung vorgelegen, was Herr Sonnenburg bestreitet.

Herr Rotter hat viele Male den Wurmforsatz im Bruchsacke gefunden, jedes Mal mit demselben Befunde: Schnürfurche, Verdickung hinter derselben.

Herr Krause: Eben so wie die normale Blase, kann sich auch der normale Wurmfortsatz einklemmen, dafür spricht u. A. die Beobachtung eines seitlichen Loches am Proc. vermiformis, ähnlich der Perforation an einer Dünndarmschlinge.

Herr Israel weist darauf hin, dass die älteste Beobachtung eines eingeklemmten und nekrotischen Wurmfortsatzes von v. Langenbeck herrühre.

7) Herr Wulff: Fall von Sklerodermie (mit Krankenvorstellung).

Der vorgestellte Knabe zeigt neben sklerodermatischer Erkrankung der Haut eine ausgedehnte Myositis, die alle Bewegungen im höchsten Grade beeinträchtigt. Mikroskopisch ist vor Allem eine Zellinfiltration in den größeren Muskelinterstitien nachweisbar, während die Muskelfasern im Allgemeinen normal sind.

Herr Wohlgemuth stellt im Anschlusse daran ein junges Mädchen vor, das ebenfalls das Bild einer Myositis ossificans darbietet. Es steht seit bereits $2^1/_2$ Jahren in seiner Beobachtung. Die erste krankhafte Erscheinung, die an dem Kinde überhaupt zu bemerken war, bestand in einer Quaddel an der Oberlippe, die den Eindruck eines Skrofuloderma machte.

Herr Krause fragt nach der angewandten Therapie.

Herr Wulff: Es wurde Salicyl angewandt, anscheinend ohne besonderen Erfolg.

Herr Krause hat mit Heißluftbehandlung Besserung gesehen.

8) Herr Joachimsthal: Beiträge zum Verhalten des Hüftgelenkes bei der angeborenen Luxation.

J. demonstrirt zunächst an 5 Präparaten, von denen 2 doppelseitige Verrenkungen aufweisen, diejenigen Veränderungen, die bei der angeborenen Luxation des Hüftgelenkes im späteren Lebensalter zu Stande zu kommen pflegen. An allen Präparaten ist die Pfanne, und zwar stets in deutlichster Weise, vorhanden. Sie ist kleiner und flacher als normal, dabei aber an einzelnen Gelenken noch so vertieft, dass ein stark abgeschliffener Kopf, namentlich in Abduktionslage, nothdürftig in ihr Platz finden könnte. Die Hüftgelenkspfanne hat stets die ihr normale Form einer Hohlkugel verloren und sich dafür in eine mehr plane Fläche von dreieckiger Gestalt verwandelt, deren obere und namentlich hintere Umrandung wallartig vorspringt, während dem Foramen obturatorium gegenüber kein deutlicher Grenzwall besteht. An 3 der demonstrirten Becken findet sich an der äußeren Darmbeinfläche nach außen und oben von dem hinteren Pfannenrande eine dem neuen Standorte des Kopfes entsprechende Vertiefung. An dem Oberschenkelkopfe, wie an dem ganzen oberen Femurende besteht eine beträchtliche Atrophie; die mit dem Darmbeine in Kontakt gewesene hintere und innere Fläche des Kopfes erweist sich als stark abgeplattet. Der von dem Schenkelschafte und -Halse gebildete Winkel ist fast stets in dem Sinne einer Coxa vara verkleinert. An einem in toto erhaltenen Oberschenkel tritt die in letzter Zeit namentlich von Schede betonte Sagittalstellung des Schenkelhalses besonders deutlich zu Tage.

An dem einen der vorgelegten Präparate ist die Kapsel noch erhalten; sie lässt im Gegensatze zur Norm überall die Kontouren des Kopfes und Halses erkennen. Ihre vordere Wand bildet mit der alten Pfanne eine Art von Tasche. Oberhalb des hinteren oberen Pfannenrandes findet sich eine Verengerung.

Im Gegensatze zu diesen Präparaten demonstrirt J. alsdann 3 Mädchen, bei denen er vor längerer Zeit die unblutige Reposition einer Hüftverrenkung mit dauerndem Erfolge vorgenommen und durch in regelmäßigen Zwischenräumen hergestellte Röntgenaufnahmen die Umwandlung zu verfolgen versucht hat, die im Anschlusse an diesen Eingriff an den knöchernen Theilen des Gelenkes sich vollziehen. Entsprechend der tadellosen Funktion der Hüftgelenke ergab sich an den Skiagrammen stets eine beträchtliche Vertiefung der knöchernen Pfannengrundlage, eine erhebliche Zunahme des Caput femoris, während der Schenkelhals bei 2 9- resp. $8^1/_2$jährigen Mädchen, bei denen J. vor 3 resp. $1^1/_2$ Jahren die Einrenkung vollzogen hat, noch eine auffallende Kürze erkennen lässt. An stereoskopischen Aufnahmen lässt sich hier auch eine leichte Anteversionsstellung des Schenkelhalses demonstriren,

Zum Schlusse zeigt J. noch einige Skiagramme unvollständiger Hüftluxationen.

9) Herr Brentano: Krankenvorstellung.

B. stellt a. eine Pat. vor, bei der er in der Annahme einer Magenperforation die Gastroenterostomie gemacht hat. Veranlassung zu dieser Annahme gab ein schwerer, mehrere Stunden anhaltender Collaps mit Aufhebung des Bewusstseins, der es ermöglichte, die Operation ohne jedes Anästheticum zu machen. Bei der Laparotomie fand sich eine mächtige Magenerweiterung in Folge eines stenosirenden, wahrscheinlich noch nicht vernarbten Ulcus am Pylorus, aber keine Perforation. Eben so wenig kann aber die schwere Synkope etwa durch eine frische ambulante Magenblutung erklärt werden. Denn es fehlten blutige Abgänge sowohl



unmittelbar vor der Operation wie nach derselben. Es ist somit am wahrscheinlichsten, dass die bei der Pat. durch die früheren Blutungen hervorgerufene Anämie die Ohnmacht bewirkt hat. Die Kranke erfreut sich seit der Operation andauernden Wohlbefindens.

b. Präparat des Colon und eines Theiles des Dünndarmes eines angeborenen Darmverschlusses. Dasselbe stammt von einem 3 Tage alten, normal entwickelten, ausgetragenen Kinde männlichen Geschlechtes, das von der Geburt an deutliche Symptome eines Darmverschlusses darbot. Keine Atresia ani oder recti. Bei der Laparotomie in der Mittellinie findet sich eine Achsendrehung des Dünndarmes ungefähr in der Mitte seiner Länge mit kolossaler Auftreibung der strangulirten, aber lebensfähigen Schlinge und Fixation derselben in normaler Stellung an die Bauchwand. Tod 36 Stunden p. op.

Sektion (Prof. Benda): Das Colon so wie die angrenzenden Theile des Dünndarmes sind auf einer fötalen Entwicklungsstufe stehen geblieben. Sie sind zwar überall durchgängig, haben aber ein abnorm dünnes Kaliber (das des Colon beträgt nur 6 mm). Der Dünndarm ist durch das eingedickte Meconium etwas gedehnt und nimmt von der Bauhin'schen Klappe nach aufwärts bis zur Stelle der Achsendrehung an Kaliber zu. Nirgends Verwachsungen oder circumscripte stärkere Stenosen. Die durch die Bildungshemmung bedingte Verengerung machte eine normale Entleerung unmöglich und bewirkte dadurch die Stauung und Achsendrehung im Dünndarme. Ursachen für die Entstehung dieser Hypoplasie wurden bei der Autopsie nicht gefunden.

Mikroskopisch zeigt die Darmschleimhaut die abnorme Weite und die trichterförmige Mündung der Lieberkühn'schen Drüsen, die den fötalen Entwicklungszustand kennzeichnet, die übrigen Schichten der Darmwand weisen aber ein dem Kaliber entsprechendes normales Verhalten auf.

10) Herr Langenbuch: Über die chirurgische Behandlung der allgemeinen Peritonitis.

L. empfiehlt auf Grund von 5 geheilten Fällen sein dabei angewendetes Verfahren, welches darin besteht, dass die Pat. mit Gurten in stehender oder sitzender Stellung befestigt werden, eine Gegenincision an der rechten Seite des Mastdarmes resp. nach der Scheide zu und nach Einlegen eines Drainrohres Durchspülungen gemacht werden.

Der Erfolg war überraschend, wenn nicht schon bei Übernahme der Behandlung Sepsis bestand. Einmal stieß sich der Proc. vermiformis mit aus.

2 geheilte Pat. werden vorgestellt.

Diskussion: Herr Rotter hat bei Ausspülungen keine günstigeren Erfolge beobachtet; wegen der fast regelmäßig vorhandenen Verklebungen und Verwachsungen lassen sich Ausspülungen auch nicht immer vornehmen.

Er ist auch für Gegenincisionen durch die Scheide oder durch den Damm, bei Männern; einmal drainirte er mit günstigem Erfolge die Lumbalgegend.

Herr Israel glaubt nicht, dass das Verfahren so große Vortheile bietet; bei sehr vielen an Peritonitis Verstorbenen fanden sich gar keine Eitermassen in der Bauchhöhle.

Dagegen erwidert Herr Langenbuch, dass er früher immer erstaunt gewesen sei über die Masse erbsengelber Brühe im kleinen Becken; bei allgemeiner Sepsis natürlich erwarte er auch von seinem Verfahren keinen Erfolg mehr.

Herr Körte meint, dass erst eine größere Anzahl von Fällen den Werth der Methode erhärten müsse, wogegen Herr Langenbuch einwendet, dass die Statistik nichts beweise, wegen der Verschiedenartigkeit der Fälle.

Herr Rotter fragt Herrn Israel, wie er den Bauch drainirt, »dass er immer leer war«?

Herr Israel hat den Douglas nach der Vagina drainirt, die Därme mit Schürze bedeckt und von da aus lange Streifen nach allen Richtungen der Bauchhöhle hin gelegt. Wenn multiple Abscesse überall verstreut sind, wird keine Methode zum Ziele führen.

Herr Rotter: Viele seiner Pat. sind an trockener diffuser septischer Peritonitis gestorben, oder trotz bestmöglicher Drainage nach dem Douglas hin hat er bei Sektionen doch an verschiedenen Stellen Eiteransammlungen aufgefunden.

Herr Langenbuch: Man muss nicht bloß spülen, sondern aufrichten!

Herrn Sonnenburg hat die breite Tamponade der Bauchhöhle die besten Dienste geleistet; Drainage und Ausspülungen nimmt er nicht vor, hält dieselben für unzureichend. Bei konsequenter Durchführung der Behandlungsart haben sich die Resultate sehr gebessert.

61 ältere Fälle gaben 41% Heilungen, 89 neuere Fälle 60%[1].

Herr Olshausen stimmt mit den Ansichten des Vortr. nicht überein. Er hat früher ausgiebig die Bauchdrainage ausgeübt, ist aber davon zurückgekommen. Es wird nur das, was in unmittelbarer Nähe des Drains liegt, drainirt, selbst wenn 3—4 Drains eingelegt werden, und schon nach 24 Stunden sind die Drainagefenster durch Granulationen verstopft.

Herr Langenbuch betont, dass das Zusammenwirken der verschiedenen Momente seiner Methode, besonders die aufrechte Haltung, vortheilhaft sei. Zur Verhütung der Verstopfung dreht er das Drainrohr um seine Achse und umwickelt es zur Vermeidung von Decubitus mit Jodoformgaze.

Herr Hahn hat früher ebenfalls häufig Spülungen angewendet, war aber nicht zufrieden mit den erzielten Resultaten. Die geheilten Fälle von Peritonitis waren wahrscheinlich gar keine allgemein diffusen Peritonitiden.

Herr Körte giebt die Möglichkeit zu, dass diffuse Peritonitiden ausheilen können, sei es nun durch Spülung oder Tamponade oder sonst welche Behandlung; wenn aber Herr Sonnenburg 60% Heilungen habe, so seien das wohl abgekapselte Peritonitiden gewesen.

Herr Sonnenburg: Abgekapselte Peritonitiden sind nicht dabei, nur die progredienten fibrinös-eitrigen und die jauchig-eitrigen. Sein Material sei annähernd dasselbe geblieben, eben so die Behandlung; seine günstigen Resultate sprächen also dafür, dass seine Behandlung die richtige sei.

Herr Rotter glaubt die guten Resultate Sonnenburg's abhängig von der Indikationsstellung, nämlich im Chok etc. befindliche Pat. nicht mehr zu operiren, machen zu müssen.

Herr Krause: Die von Herr Langenbuch mit seiner Methode in 5 Fällen erzielten günstigen Resultate lassen dieselben einer Nachprüfung werth erscheinen.

Herr Hahn fragt noch, ob sich die Peritonitiden entwickelten im Anschlusse an eine Perityphlitis?

Herr Langenbuch: In 2 Fällen, ja, in den 3 anderen war ihm die Ursache nicht bekannt geworden.

Herr Hahn: Die geheilten Fälle sind wohl meist abgekapselt und vom Proc. vermiformis ausgehend, die ungünstigen jene aus anderer Ursache entstandenen; man darf also nicht verallgemeinern.

11) Herr Löhlein: a. Multiple Fremdkörper durch Laryngofissur entfernt.

Ein Kind war wegen vermutheter Diphtherie tracheotomirt worden. Da die Stenose fortbestand, machte L. die Laryngofissur, um so mehr, da das Kind beim Essen erkrankt sein sollte. Er förderte dabei 6 Knochenstücke zu Tage.

b. Exstirpirtes Nierencarcinom.

Der Tumor hatte sich innerhalb 6 Wochen bei einem 4jährigen Kinde entwickelt, wog $3^1/_2$ Pfund.

Bei der Sektion — das Kind starb bald nach der Operation — fanden sich Metastasen in der Leber und der Lunge. **Sarfert** (Berlin).

[1] Vgl. Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 15.



19) **E. Sthamer.** Erfahrungen aus dem Burenkriege über Schussverletzungen und Asepsis.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Der interessante Bericht S.'s zeigt, dass sich in dem südafrikanischen Kriege die aseptische Prophylaxe, Vermeidung der Wundberührung und -Untersuchung, individualisirendes Offenhalten, Verwendung keimfreien, trockenen, sekretaufsaugenden Verbandmateriales glänzend bewährt haben, und dass man bei Anlage des Verbandplatzes sich mit solcher aseptischer Wundtechnik auch unabhängiger von dem Vorhandensein von Wasser machen kann.

Im Weiteren interessiren noch S.'s Mittheilungen über die in den Fällen perforirender Bauchschüsse gewonnenen Erfahrungen. Einzelne derselben hatten trotz sicherer Perforation der Bauchhöhle keine charakteristischen Symptome der Darm- und Magenverletzung und kamen zur Heilung; ein durch Verletzung eines Mesenterialgefäßes tödlich verlaufener Fall zeigte bei der Sektion Verschluss der Schussöffnungen im leeren Magen und Quercolon ohne peritonitische Erscheinungen. Unter Berücksichtigung seiner eigenen Erfahrungen und der von Mathiolius, Küttner, Watson Cheyne etc. nimmt Verf. für alle auf dem Schlachtfelde als verwundet aufgehobenen Fälle von Bauchschüssen (die direkt tödlichen nicht inbegriffen) eine Gesammtsterblichkeit von 70—75% an und bestätigt die Thatsache, dass eine verhältnismäßig große Zahl der Bauchschüsse bei konservativer Behandlung durchgekommen ist. **Kramer** (Glogau).

20) **W. Rager** (Kopenhagen). Drei Fälle von angeborenem Hochstande des Schulterblattes.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Nach der Mittheilung dreier ausführlicher Krankengeschichten mit 9 Abbildungen und vielfachen, nicht kurz wiederzugebenden Nebenbefunden, welche auch den symptomatischen Charakter des Leidens hervortreten lassen, theilt Verf. die bisher beschriebenen Fälle in 4, klinisch jedoch noch nicht genügend präcisirbare Gruppen ein. Daran reihen sich allgemeine Erörterungen über Symptomatologie, Diagnose, Prognose, Behandlung und Ätiologie, so wie ein vollständiges Verzeichnis der Litteratur. **J. Riedinger** (Würzburg).

21) **Napalkow.** Bildung eines Gelenkes zwischen Oberarm und Schlüsselbein nach vollständiger Entfernung des Schulterblattes.

(Chirurgia Bd. VI. p. 475. [Russisch.])

An dem 23jährigen Kranken war wegen Sarkoms das Schulterblatt entfernt worden. Es hatte sich nach der Heilung der Operationswunde eine gute Gelenkverbindung zwischen Oberarm und Schlüsselbein hergestellt. Der Krankengeschichte ist mit dem Sektionsberichte auch eine ausführliche Beschreibung des neuen Gelenkes mit Abbildungen beigegeben.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

22) **Keen.** Six cases of secondary operation for wrist drop from injury to the musculo-spinal nerve by fracture of the humerus.

(Med. chronicle 1900. August.)

Es handelte sich theils um Zerreißung, theils um Druck von Callusmassen auf den Nerven. 5mal wurde die Nervennaht, stets längere Zeit nach der Verletzung, gemacht. 1mal war zur Annäherung der Nervenenden Resektion von $3^1/_2$ cm Humerus nöthig. Bei 2 Fällen trat völlige Genesung ein (5 und 3 Monate nach Verletzung), 1mal gar kein Erfolg (Naht erst 13 Jahre nach Verletzung!), 3mal geringer Erfolg, der aber zum Theil mangelhafter Nachbehandlung zur Last gelegt wird. **Trapp** (Bückeburg).



23) Keen and Spiller. A case of multiple neuro-fibromata of the ulnar nerve.

(Amer. journ. of the med. sciences 1900. Mai.)

Die Geschwülste, 6 im Ganzen, saßen am Ulnaris, etwas oberhalb vom Handgelenke beginnend, im Verlaufe des Nerven bis zum Ringfinger. Sie bedingten hochgradige Hyperästhesie des Ring- und Kleinfingers und der betreffenden Handseite. Bei der Operation zeigte es sich, dass die kleinen Geschwülste im Innern des Nerven, ganz von Nervenfasern umgeben, saßen, so dass sie ausgeschält werden konnten. Ihre Form war spindelförmig, mit einem Faden an jedem Ende. Es folgte eine bedeutende Besserung, welche den Gebrauch der Hand wieder gestattete. Eine genauere pathologisch-anatomische Beschreibung der gewonnenen Geschwülste eignet sich nicht für das Referat, sie stammt von Spiller.

Trapp (Bückeburg).

24) R. F. Müller. Zur Kenntnis der Fingergeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 2.)

M. fand, dass die meisten Lehrbücher und chirurgischen Fachzeitschriften das Gebiet der Fingergeschwülste nur sehr spärlich behandeln. Er selbst beobachtete desshalb das Material der v. Bergmann'schen Klinik ein Jahr lang darauf hin und konnte einschließlich einiger anderweit beobachteter Fälle 16 derartige Neubildungen sammeln, und zwar 2 Lipome, 5 Schleimbeutel und Ganglien, 2 durch eingedrungene Fremdkörper verursachte Fingergeschwülste, 6 tendovaginale Sarkome und 1 subunguales Peritheliom.

Bei den Lipomen handelte es sich das eine Mal um ein solches des höheren Alters, das 2. Mal um ein solches der frühesten Jugend, wahrscheinlich sogar um ein angeborenes. Bezüglich des seltenen Vorkommens der Lipome an den Fingern weist Verf. auf die Theorie Grosch's hin, welcher nachwies, dass die Häufigkeit des Vorkommens von Lipomen an gewissen Körperstellen im umgekehrten Verhältnisse zu dem Drüsenreichthume der betreffenden Körpergegend steht. Die Differentialdiagnose zwischen den Fettgeschwülsten und Ganglien an den Fingern ist nicht immer leicht. Hingewiesen wird vom Verf. darauf, dass die Ganglien bei seinen 4 Pat. seitlich neben den Sehnen saßen, was bei keiner der übrigen von ihm geschilderten Geschwülste der Fall war, so dass dieser Umstand die Diagnose erleichtern kann.

Die durch Fremdkörper verursachten Geschwülste gehören eigentlich in das Kapitel der entzündlichen Processe, sind aber vom Verf. in die Arbeit aufgenommen worden, weil sie sich klinisch als Geschwülste darstellten.

Die interessantesten Geschwülste, die M. beschreibt, sind die Sarkome. Klinisch wie histologisch konnte man ihren Ausgang von der Sehnenscheide nachweisen. Die Zellformen waren sehr verschieden, größere, kleinere, rundliche und polygonale bis spindlige Formen. Daneben fanden sich überall Riesenzellen. Die Gefäßversorgung war allenthalben eine spärliche, die Intercellularsubstanz bald reichlich, bald wenig ausgebildet. Bei allen Geschwülsten war auch eisenhaltiges, zweifellos von alten Blutungen herstammendes Pigment zu finden. Histologisch gehören also sämmtliche Geschwülste dieser Gattung zu den pigmenthaltigen Fibrosarkomen mit Riesenzellen. Ihr Sitz ist die Beugeseite der Finger, ihr Wachsthum ein langsames, ihr Charakter ein gutartiger. Beschwerden machen sie fast gar nicht. Auffallend ist ihre Härte, erklärlich aus der reichlichen Entwicklung des derben fibrösen Gewebes.

Das von M. beobachte Peritheliom wies wie die analogen Fälle aus der Litteratur ein typisches Krankheitsbild auf. Das langsame Wachsthum, die geringe Größe der Neubildung und ganz besonders die sehr heftige Schmerzhaftigkeit dieser Geschwülste bilden ihre wesentlichsten Merkmale. Größere Operationen, wie sie bei diesen Fällen von einzelnen Chirurgen vorgenommen wurden, sind nicht erforderlich; denn auch diese Neubildungen sind gutartig. Ihre Ausschälung genügt. Histogenetisch ist die Abkunft der vom Verf. beobachteten Geschwulst

von den Gefäßendothelien als gesichert anzusehen. Analoge Geschwülste, wie die geschilderte, sind von Anderen als »Angiosarkome« beschrieben worden. Verf. möchte für seinen Fall diese Bezeichnung nicht wählen, obschon sie an sich nicht falsch wäre, weil die Gefäßentwicklung eine geringfügige war.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

25) **Marie et Guillain.** Sur le traitement de la sciatique par injection intra-arachnoïdienne de doses minimes de cocaïne.

(Indépendance méd. 1901. No. 14 u. 18.)

Verff. erzielten bei einer mittelschweren, seit 8 Tagen bestehenden Ischias 3 Minuten nach Injektion von 5 mg Cocain in den Rückenmarkskanal bedeutende Verminderung der Schmerzen. 3 Minuten später war der Schmerz ganz geschwunden, Pat. ging umher. Nach 6 Stunden kehrte der Schmerz in geringem Grade wieder, am Tage darauf nur noch geringe Beschwerden. Anhaltende Besserung. Irgend welche Nebenerscheinungen traten nicht auf, die Hautsensibilität blieb erhalten.

Achard berichtete in der Societé de neurologie vom 7. März d. J. ebenfalls über günstige Erfolge. Er verwandte aber Dosen von 1—2 cg, bei denen es zu Anästhesie der Beine kam.

Curtois-Suffith und Delille (Soc. méd. des hôpitaux 1901 April 26) entfernten bei einer sehr heftigen Ischias durch Lumbalpunktion ca. 3 ccm Cerebrospinalflüssigkeit und injicirten 5 mg Cocain. Die Schmerzen schwanden fast augenblicklich; nach 2 Minuten konnte die Pat. fast ohne Schmerzen umhergehen, und zwar über eine Stunde. Weiterhin anhaltende Besserung.

Mohr (Bielefeld).

26) **J. B. Roberts.** Multiple tumors of the sciatic nerve.

(Philadelphia med. journ. 1901. April 13.)

39jähriger Mann bemerkte vor 14 Jahren 3 kleine Geschwülste an der Außenseite des linken Kniees. Die durch Incision entfernten Knoten waren seiner Zeit (vor 6 Jahren) als fettige Geschwülste bezeichnet worden. Kurze Zeit darauf war wieder eine Geschwulst in der Tiefe der Kniekehle zu fühlen. Dieselbe, 1 bis $1^1/_2$ Zoll lang, spindelförmig, liegt jetzt gerade in der Mitte der Kniekehle, ist auf Druck schmerzhaft, die Schmerzen strahlen peripher- und centralwärts aus. Bei der Incision zeigt sich, dass die Geschwulst in dem internen Poplitealnerv eingebettet liegt. Weiterhin findet man die ganze Länge des N. ischiadicus bis hinauf zu seiner Austrittsstelle mit vielen derartigen Geschwülsten durchsetzt, die bezüglich ihrer Größe zwischen $^1/_8$ und $1^1/_2$ Zoll im Durchmesser schwanken. Offenbar gingen sie vom Bindegewebe des Nervenstammes aus und hatten die einzelnen Nervenfasern durch ihr Wachsthum vor sich her geschoben. Die theilweise myxomatös entarteten Geschwülste erwiesen sich mikroskopisch als Fibrome. Das Resultat der Operation war hinsichtlich Sensibilität und motorischer Funktion ein gleich gutes.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

27) **Kühn.** Ein Fall von isolirter traumatischer Lähmung eines einzigen Nervenastes des N. peroneus profundus.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1901. No. 4.)

Verf. bringt die Krankengeschichte eines Falles genannter Art:

Ein 36jähriger Maurer zieht sich durch Fall aus einer Höhe von ca. 2 m einen Bruch beider rechter Unterschenkelknochen an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel mit erheblicher Quetschung der Weichtheile zu. Nach der Konsolidation der Bruchenden durch Anlegung eines Gipsverbandes zeigt sich neben einer Beinverkürzung von 2,5—3,0 cm eine vollständige Lähmung des den langen Streckmuskel der großen Zehe innervirenden N. peron. prof. und eine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit des langen Streckers der übrigen Zehen.

Verf. führt diese Lähmungserscheinungen auf den Knochenbruch zurück.

Motz (Heddersdorf).

28) **Wegner.** Osteom aus der Fascia cruralis des rechten Unterschenkels.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Der Knochen maß 15 : 5 cm und war durch den chronischen Reiz eines seit 15 Jahren bestehenden Unterschenkelgeschwürs entstanden. Das Röntgenbild zeigt bei der Pat. noch kleine Knochenplatten auch an anderen Stellen des Unterschenkels.

Borchard (Posen).

29) **C. Helbing.** Über Rissfrakturen des Fersenhöckers.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVIII. p. 489.)

Die eigene im Berliner israelitischen Krankenhause gemachte Beobachtung H.'s ist in unserem Blatte bereits p. 178 bei Berichterstattung über Verf.'s im Berliner Chirurgen-Vereine gehaltenen Vortrag ausreichend referirt. Die vorliegende Abhandlung zeigt das Photogramm und Skiagramm des verletzten Fußes und bringt auch eine Allgemeinbesprechung über Fersenbeinbrüche. Danach sind Riss- und Quetschungsbrüche zu unterscheiden. H.'s Fall, für den es einige Parallelfälle giebt, zeigt, dass der Rissbruch auf indirektem Wege durch Muskelzug vom Gastrocnemius erfolgt und bei ihm die Achillessehne das obere Stück des Hackenfortsatzes durch einen schräg sagittal in der Richtung der Knochenbälkchen verlaufenden Spalt aufwärts reißt. Die Trennung ist keine vollständige, vielmehr bleibt das emporgezerrte Fragment vorn im Zusammenhange mit dem Fersenbeinkörper. Obwohl der Achillessehnenzug eine Anheilung in reponirter Stellung stört, wird die Fußbeweglichkeit, Abwesenheit anderweitiger Verletzungen vorausgesetzt, nicht gestört. Der Quetschungsbruch dagegen geschieht auf direkt »traumatischem« Wege und trennt die ganze Hackenpartie des Fersenbeines in querer und vertikaler Richtung vom Fersenbeinkörper ab.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

30) **B. Serenin.** Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Bronchiektasie.

(Chirurgia Bd. VI. p. 457. [Russisch.])

Bei einem 16jährigen Mädchen hatte sich, nachdem wahrscheinlich pleuritische Schmerzen vorausgegangen waren, nach einer darauf durchgemachten unvollständig kritischen krupösen Pneumonie eine Bronchiektasie entwickelt. Massenhafter übelriechender Auswurf, Temperatursteigerungen, kolbenförmige Auftreibungen der Endphalangen an Händen und Füßen. Probepunktion ergiebt Eiter. Aktinomykose und Tuberkulose waren ausgeschlossen. Zuerst Rippenresektion in der rechten Axillarlinie der 7. und 8. Rippe. Erfolglose Probepunktion. Später 2. Operation, Resektion eines 4—5 cm langen Stückes aus der 8. und 9. Rippe in der Scapularlinie. Man eröffnete zuerst eine Höhle mit ca. 100 g seröser Flüssigkeit, abermals vergebliche Probepunktion, nachdem am Tage vorher eine große Menge übelriechenden Eiters durch eine starke Potain'sche Nadel aspirirt worden war. Tamponade der Wunde. Nach 4 Tagen fiel die Temperatur ab, aber 10 Tage nach der Operation fiel die Pat. während des Verbandwechsels beim Tamponiren der Wunde zusammen und war todt. Die Sektion bestätigte die Richtigkeit der Diagnose, es fand sich auch ein kleiner nekrotischer Lungenherd, aber zugleich zeigte sie auch, wie misslich die Aussichten einer Operation bei einer so sehr diffusen Krankheit im Allgemeinen sind. S. giebt eine genaue Analyse des Krankheitsfalles unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur (23 Nummern).

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.






UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per jahrg.28:no.1-26
stack no.164
Zentralblatt f ur Chirurgie.
3 1951 002 693 363 M